



Представительство
Европейского Союза в
Республике Таджикистан



Представительство
Международной
тюремной реформы в
Центральной Азии



Общественный фонд
«Ташабуси хукуки»



Общественная орга-
низация «Общество
Психологов-
консультантов и
психотерапевтов РТ»

**Если есть Зачем, то можно
вынести почти любое Как
*Ницше***

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ ПЫТКИ

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ**

Душанбе-2020

Составители:

Гулмирзоева Г.Д.

Шарипова М.Ё.

Международная тюремная реформа (PRI) - это неправительственная организация, работающая на глобальном уровне по продвижению систем уголовного правосудия, по защите прав человека для всех и без причинения вреда. PRI работает над тем, чтобы системы уголовного правосудия были недискриминационными и защищает права уязвимых лиц. Осуществляет практические программы по правам человека и поддерживает реформы, которые способствуют справедливому и эффективному уголовному правосудию.

Организация зарегистрирована в Нидерландах (регистрационный номер 40025979), PRI работает по всему миру с офисами в нескольких регионах.

<http://www.penalreform.org/>

Общественный Фонд «Ташаббуси хукуки» - создан 13 июня 2014 года, является некоммерческой Общественной организацией, деятельность которой направлено на защиту и продвижения прав человека (прав ребёнка) в Таджикистане. **Миссия организации** - Содействие становлению гражданского общества и правового государства в Таджикистане путём реализации проектов и программ, направленных на развитие общественного участия, социального партнёрства и ответственности власти. **Цель организации** - защита и продвижение прав и свобод человека в Таджикистане, путём использования эффективных международных механизмов защиты прав человека (прав ребёнка); повышение осведомлённости о правах человека и правах ребёнка.

Общественная организация «Общество психологов-консультантов и психотерапевтов Республики Таджикистан» является добровольным, самоуправляемым, некоммерческим, общественным формированием. Целью создания и

направление деятельности Общества является объединение психологов-консультантов и психотерапевтов Республики Таджикистан для координации и продвижения их профессиональной и научной деятельности, а также представление и защита профессиональных интересов членов Общества в области психотерапии и психологии. В задачи Общества также входят организация и проведение различных мероприятий, направленных на поддержание ментального здоровья населения страны.

Подготовка данного пособия осуществлена в рамках реализации проекта «Продвижение правозащитного подхода при реформировании пенитенциарной системы Таджикистана» при финансовой поддержке Делегации Европейского союза в Таджикистане, осуществляемый Международной организацией «Международная тюремная реформа», Общественным фондом «Ташаббуси ҳукуки» и Общественной организацией «Общество психологов-консультантов и психотерапевтов Республики Таджикистан».

Мнения, выраженные во время проектных мероприятий и / или в проектных публикациях, не отражают официальную точку зрения Делегации Европейского союза в Таджикистане.

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ.....	4
Список сокращений.....	6
Глоссарий.....	7
Введение.....	12
Глава 1. пытки и их психосоциальные последствия.....	14
1.1. пытка: определение и методы.....	14
1.2. Физические пытки.....	17
1.3. Психологические пытки.....	20
Сексуальные пытки.....	22
1.4. Психосоциальные последствия пыток.....	23
Глава 2. Эффективное расследование и документирование фактов пыток.....	27
2.1. Особенности, задачи и последовательность экспертизы.....	27
2.2. Ход опроса.....	32
2.3. Компоненты психологической оценки.....	37
Глава 3. Психическая травма.....	42
3.1. Травматический стресс.....	42
3.2. Острое стрессовое расстройство.....	47
3.3. Посттравматическое стрессовое расстройство.....	50
3.4. Критерии определения посттравматических стрессовых расстройств.....	53
3.5. Факторы, влияющие на тяжесть последствий травмы.....	61
Глава 4. Интервентивные мероприятия.....	65
4.1. Психологическое вмешательство.....	65
4.2. Достижение психологической уравновешенности.....	69
4.3. Расслабляющие техники.....	70
Глава 5. Особенности психосоциальной реабилитации лиц, переживших пытки.....	77
5.1. Оптимизация комплексного подхода.....	77
5.2. Траектория клиента при предоставлении реабилитационных услуг.....	79
5.3. Базовые принципы реабилитационной работы.....	81

5.4. Основные этапы в программе реабилитации	88
Глава 6. Работа с семьями	93
6.1. Поддержка семьи - ресурс, в преодолении травматического прошлого	93
6.2. Психологическая помощь членам семей жертв пыток	96
Приложения.....	97
Приложение 1. Документирование реабилитационных услуг.....	97
Приложение 2. Психодиагностические тесты.....	104
Приложение 3. Бланк Информированного согласия на проведение экспертизы.....	111
Приложение 4. Форма заключения судебной психиатрической и комплексной психолого- психиатрической экспертизы жертв предполагаемых пыток, жестокого обращения и насилия.....	113
Приложение 5. Инструкция по заполнению формы заключения судебной психиатрической, комплексной психолого-психиатрической экспертизы.....	125
Литература.....	129

Список сокращений

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств)
GAD (ГТР)	Generalized Anxiety Disorder (Генерализованное тревожное расстройство)
PHQ (АСЗ)	Patient Health Questionnaire (Анкета состояния здоровья)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
МКБ	Международная классификация болезней
ОРС	Острая реакция на стресс
ОСР	Острое стрессовое расстройство
ПСП	Психическая регуляция и саморегуляция
ПТСР	Посттравматическое стрессовое расстройство

Глоссарий

Ажитация - двигательное беспокойство, нередко протекающее с сильным эмоциональным возбуждением, сопровождаемым чувством тревоги и страха.

Беспомощность (беспомощное состояние) - неспособность предпринять что-либо для своего спасения. Причинами беспомощного состояния могут быть малолетний возраст, старость, физические недостатки, расстройства психики, болезненное либо бессознательное состояние, алкогольное или наркотическое опьянение.

Виктимность - склонность стать жертвой преступления. Предрасположенность человека попадать в ситуации, связанные с опасностью для его жизни и здоровья. В частности, это действия и поступки человека, которые провоцируют желание на него напасть. Более мягкий вариант - это действия человека, которые усиливают вероятность того, что он попадёт в какую-нибудь пресекверную ситуацию.

Диссоциативное расстройство. Группа психогенных психических расстройств, характеризующихся изменениями или нарушениями ряда психических функций - сознания, памяти, чувства личностной идентичности, осознания непрерывности собственной идентичности, а также нарушениями контролирования движений тела. Обычно эти функции интегрированы в психике, но? когда происходит диссоциация, некоторые из них отделяются от потока сознания и становятся в известной мере независимы. Так, может утрачиваться личностная идентичность и возникать новая, как это происходит в состояниях фуги или множественной личности, либо могут стать недоступными для сознания отдельные воспоминания, как в случаях психогенной амнезии. К диссоциативным расстройствам обычно относят: диссоциативную амнезию, частичную или полную, связанную с травмирующими событиями; диссоциативную фугу, транс и одержимость; диссоциативные двигательные расстройства, конвульсии, а также диссоциативную потерю чувственного восприятия. Люди, которые подвергались в прошлом жестокому физи-

ческому или сексуальному насилию, подвержены более высокому риску развития диссоциативных расстройств.

Должностное лицо - лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные, контрольно-ревизионные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооружённых Силах Республики Таджикистан и иных воинских формированиях.

Жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение и наказание - обращение и наказание, которые унижают лицо как личность или вызывают у него чувство страха, неполноценности, которое может сломить нравственное или физическое сопротивление этого лица и вызывает при этом достаточно сильное физическое или нравственное страдание. Основным отличием от пытки является отсутствие цели и меньшая степень глубины страдания.

Заключение эксперта - процессуальный документ и вид доказательства, в котором излагаются научно обоснованные выводы по поставленным вопросам, и оформленный в порядке, предусмотренном законодательством. Составляется экспертом при производстве экспертизы, выполненной на основании постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда.

Контрперенос - эмоциональная ответная реакция аналитика на пациента/клиента, возникающая в результате воздействий, которые анализируемый оказывает на бессознательные чувства врача.

Насилие - преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб.

Перенос - неосознанное проецирование пациентом / клиентом ранее пережитых им эмоций на человека (специалиста), к которому они не относятся.

Психическое насилие - угроза совершения физического или сексуального насилия, а также умышленное унижение чести и достоинства, принуждение к совершению правонарушений или деяний, представляющих опасность для жизни или ведущих к нарушению психического, физического здоровья. Данный вид насилия воздействует на личность посредством внушения, манипуляции, шантажа, угроз, контроля круга общения, может происходить в общественной и семейной сферах, в учреждениях, среди детей, взрослых, пожилых людей, лиц с ограниченными возможностями здоровья, пользователей психиатрических услуг и др.

Психологическое вмешательство - проведение диагностических, оценочных, профилактических, психотерапевтических, коррекционных и реабилитационных мероприятий.

Пытка - любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.

Сексуальное насилие - деяние, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека независимо от пола и возраста.

Социально-психологическая реабилитация - это комплекс мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состо-

аний, личностного и социально-трудового статуса лиц, перенёвших заболевания, получивших психическую травму в результате резкого изменения социальных отношений и условий жизни.

Специалист - не заинтересованное в уголовном деле лицо, привлечённое следователем, судом для содействия ему в производстве следственных или других процессуальных действий с использованием специальных навыков и знаний в области науки, техники, искусства, ремёсел. Специалист может быть назначен и из числа лиц, предложенных участниками процесса.

Стамбульский протокол - Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Судебная экспертиза - процессуальное действие, состоящее в проведении исследований и даче заключения экспертом по вопросам, требующим специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла, и которые поставлены перед экспертом в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному, гражданскому и административному делу.

Судебно-психиатрическая экспертиза - это специальное исследование, проводимое экспертом-психиатром или комиссией экспертов психиатров с целью дать заключение о психическом состоянии субъекта в уголовном и гражданском судопроизводстве.

Физическое насилие - это противоправное воздействие на организм другого человека, осуществлённое против его воли. По характеру оно может выражаться в нанесении ударов, побоев, ранений и в ином воздействии на наружные покровы тела человека посредством физической силы, холодного огнестрельного оружия либо иных предметов, жидкостей, веществ и так далее, а также в воздействии на внутренние органы человека без повреждения наружных тканей. Физическое насилие может происходить в семье, и также проявляться в форме бездействия, например, в отношении беспомощных, пожилых, лиц, лишённых свободы, а также родителей в отношении детей, в результа-

те которого физическое здоровье нарушается или находится под угрозой нарушения.

Фуга - внезапное и кратковременное двигательное возбуждение в форме элементарных движений или действий (раздевание, бег и др.), которое сопровождается сумеречным помрачением сознания; симптом эпилепсии и органических заболеваний центральной нервной системы. Причиной диссоциативной фуги является психическая травма или невыносимая ситуация, в которую попал индивидуум.

Эксплозивность - неконтролируемая аффективная возбудимость, взрывчатость, вызванная воздействием конституциональных факторов или связанная с психическим расстройством либо последствиями перенесённого психического заболевания.

Введение

Жестокое, унижающее обращение и пытки наносят людям, помимо физических страданий, психическую травму, с последствиями которой приходится справляться в течение длительного времени. Восстановление прав пострадавшего, восстановление справедливости и компенсация причинённого вреда в рамках реабилитационных программ, включают, кроме юридического, также медицинский и психосоциальный аспекты. Включение компонентов психологической и психосоциальной реабилитации в работу с людьми, пережившими пытки, позволяет в более полной мере восстанавливать причинённый им ущерб и помогает возвращаться к социальной жизни повышая эффективность правовой помощи пострадавшим. Эта поддержка позволяет справиться с памятью о полученной травме и испытываемым в связи с этим стрессом, которые зачастую препятствуют полноценному участию жертв в необходимых юридических действиях по восстановлению их прав.

Программы психологической и психосоциальной реабилитации пострадавших от пыток, насилия и жестокого обращения в Республике, при всей своей важности, пока ещё находятся у своих истоков развития, и, именно поэтому становится актуальным обращение к опыту коллег из других стран. Развитие программ психосоциальной реабилитации людей, переживших пытки, наряду с действующими программами юридической и информационной поддержки ещё на шаг приближает работу с жертвами к модели комплексного восстановления личности. Такая модель предполагает, что человек, переживший пытки, получает не только квалифицированную правовую помощь, но также медицинскую и психосоциальную.

Настоящее Руководство выступает как первые попытки на пути к развитию психологической работы в Республике Таджикистан, в сфере психосоциальной реабилитации пострадавших от пыток. В ней приводятся принципы эффективного расследования и документирования насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, травматические расстройства, психосоциальные по-

следствия, профессиональные интервенции, в том числе, диагностика и дифференциальные формы психосоциальной помощи, особенности психологической реабилитации и реадaptации жертв.

Целью данного Руководства является помочь тем, кто заинтересован или работает в программах для поддержки жертв пыток. Представленная информация поможет при соответствующем документировании фактов пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и разработать эффективные стратегии комплексной реабилитации, учитывая различные аспекты и последствия пережитых травм.

Пособие рассчитано на психологов, социальных работников и тех, кто интересуется посттравматическими последствиями у лиц, перенёвших травматический стресс, а также у членов их семей или других окружающих их лиц.

Глава 1. пытки и их психосоциальные последствия

1.1. пытка: определение и методы

пытка является крайней формой антигуманного, унижающего человеческое достоинство обращения и наказания. Статья 1 Конвенции ООН против пыток содержит следующее определение пытки:

«пытка означает любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило данное лицо или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо к чему-либо или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, либо по их подстрекательству, с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно».¹

В данном контексте довольно важно отметить и другое понятие, которое близко к понятию пытка - это насилие.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения, «Насилие - это преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб».²

¹ Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принята резолюцией 39/46 Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1984 года.

² Всемирная организация здравоохранения, Фонд помощи жертвам военных травм и World Vision International (2011). Первая психологическая помощь: Руководство для полевых работников. ВОЗ: Женева.

Часто понятия пытка и насилие употребляются как идентичные явления по своему содержанию. Так как, в большинстве все те последствия, которые имеют место при пытках, также наблюдаются и при насилии. Однако, не смотря на схожесть, общие виды, формы и последствия они дифференцируются.

Характеризующие признаки пытки (основные элементы):

1. Умышленный характер причинения сильной боли либо физических или нравственных страданий. В определении пыток под «сильной болью» следует понимать такую боль, которая лишает человека возможности поступать по собственной воле в соответствии с собственными желаниями, намерениями, интересами, либо существенно ограничивает его волю.

2. Причинение таких боли и страданий с целью:

- получения сведений или признаний;
- наказания за действие;
- запугивания или принуждения;
- дискриминации;
- по любой другой причине. Не исключается совокупность этих целей.

3. Совершение этого деяния должно иметь место со стороны представителя власти либо по его подстрекательству, либо с его ведома, либо с его молчаливого согласия. Под «подстрекательством» понимается только такое воздействие одного лица на другое, в результате которого второй субъект добровольно совершает деяния, которые бы он в противном случае совершать не стал. Под «лицом, выступающим в официальном качестве» понимается любое лицо, которому временно или постоянно поручены функции отдавать обязательные для исполнения распоряжения другим лицам либо контролировать соблюдение этими лицами законов, норм и правил. Важно помнить - для определения пытки в юридическом смысле, необходима строгая совокупность всех трёх основных элементов.³ В рамках данного руководства речь будет идти непосредственно вокруг понятия пытки.

³ Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Практическое руководство для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики. Бишкек, 2014.

Несмотря на то, что международные нормы в области прав человека и международное гуманитарное право последовательно запрещают применение пыток при любых обстоятельствах, жестокое обращение практикуется более чем в половине стран мира.^{4,5}

Пытка - это динамический процесс, начинающийся с задержания или ограничения свободы, включающий причинение лицу одной или нескольких травм, которые могут быть нанесены в разное время и в различных местах, и завершающийся освобождением или смертью жертвы (Шомниер, 1992). Каскад этих действий может вскоре начаться вновь, не оставив человеку время для выздоровления. Во многих случаях применяются как физические, так и психологические методы пыток. Однако надо отметить, что подобная дифференциация условна: в любом случае пытка содержит оба компонента: как физический, так и психологический. Методы пытки, называемой «физической», подразумевают причинение жертве физической боли и страданий в результате действий палачей, или нанесение иных физических (телесных) травм другими лицами; к ним же следует отнести методы физической пытки, не оставляющие следов на теле (например, удушение газом). Подразделение пыток на физические и психологические весьма условно, поскольку все психологические методы имеют физико-соматические последствия (например, холод, голод и др.) и, разумеется, физические методы влекут в дальнейшем серьезные психологические последствия. Поэтому, к психологическим условно относят такие методы, которые, прежде всего, наносят вред моральному и психологическому состоянию жертвы, и при этом не содержат элементов физического насилия со стороны других лиц.⁶

Выделяют 3 группы методов пыток:

- ✓ физические;
- ✓ психологические;
- ✓ сексуальные.

⁴ Amnesty International, Amnesty International Report 1999 (London, AIP, 1999).

⁵ M. Basoglu, "Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach", The Journal of the American Medical Association (JAMA), 270 1993:606-611.

⁶ Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва, 2010.

1.2. Физические пытки

Физические методы, представляют собой формы насилия, которые вызывают боль, дискомфорт и нарушения функции различных частей тела. Часто убийство жертв не является прямой целью пыток. Поэтому, мучитель следит, чтобы жертва не умирала во время пыток, и чтобы следы пыток не обнаруживались самой жертвой или при осмотре другими людьми. Однако, несмотря на все меры предосторожности, физические пытки всегда оставляют последствия, которых возможно идентифицировать и документировать. Медицинская наука развивается постоянно, и на сегодняшний день разработаны диагностические методы и технологии, которые могут обнаружить следы физического воздействия порой даже через несколько лет после перенесённых травм и пыток.

Среди самых распространённых **типов физических пыток**, выделяют:

1. *Физические пытки, которые вызывают мучительные боли:*

- **Избиения** являются наиболее распространённым способом использования пыток, которые становятся более серьёзными, когда сопровождаются использованием верёвок, цепей, ремней и других «инструментов» или ног, обутых в громоздкую или тяжёлую обувь. «Простые избиения» - это нанесение ударов в разные чувствительные области тела, не вызывая никаких видимых внешних или внутренних повреждений.

- **Пытки «Фаланга» (или Фалака)** представляют собой жестокие повторные избиения в области ступней (реже, кистей рук или бёдер), обычно с применением дубинки, обрезка трубы или аналогичного орудия. Такие побои имеют немедленные и долгосрочные последствия, но могут вызывать и стойкую инвалидность. А сильная боль при ходьбе постоянно напоминает жертве о травматическом прошлом, даже после длительного периода времени. Эта пытка была описана отдельно в нескольких источниках, включая Стамбульский Протокол⁷, и очень распространена в мире, в разных формах.

⁷ Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульский протокол), 2004 год. Глава D, пункт 203, стр.60.

- **Пытки пальцев**, в том числе размещение карандашей или подобных предметов с последующим сжиманием или дроблением.

- **Подвешивание**: жертвы подвешиваются за ноги, за руки, за волосы и т.д., обычно в это время используются и другие виды пыток, как жестокое избиение, фаланга, воздействия дыма, химических веществ, холодного или горячего, или поражение электрическим током, и т.д.

- **Воздействие холодом**: жертвы подвергаются воздействию низких температур на улице или в камере; могут быть вынуждены спать на холодном полу, или вынуждены стоять голыми на холоде.

- **Воздействие высокими температурами**: жертва может быть вынуждена оставаться долго на солнце или у огня; использование горячих жидкостей или предметов; тушение сигарет на теле жертвы и т.д.

- **Пытки вызывающие сильное раздражение**: применение некоторых раздражителей, как молотый перец, соль и т.д., на тонких и нежных участках или частях тела, например, на слизистых, ранах и порезах.

- **Вынужденное стояние или ходьба босиком** на острых, режущих и колющих предметах или поверхностях.

- **Стоматологические пытки**: здоровые зубы могут быть поломаны, выбиты или удалены разными несоответствующими инструментами; жертвы могут быть заставлены жевать или кусать камень, дерево или металл.

- **Пытки с использованием волос**: жертву могут таскать за волосы; могут брить голову в унижительных формах; иногда волосы могут быть сожжены или разорваны.

- **Вынужденные позиции**: жертва может быть принуждена стоять или сидеть в определённой позиции, от нескольких часов до нескольких дней; при этом жертва может быть связана или подвергается избиениям, или другим пыткам.

2. *Физические пытки, которые вызывают сильный страх или даже смерть:*

- **Пытки электрическим током**, как правило, предполагает использование чувствительных частей тела, таких как по-

ловые органы, соски, уши и т.д. Иногда используется в естественных полостях или отверстиях, и, таким образом, очень трудно обнаружить следы. Иногда жертву раздевают и привязывают к металлическому пруту, таким образом, чтобы получить удар по всему организму; или опрыскивают водой, чтобы усиливать воздействие электрического тока.

- **Удушение:** жертву могут задушить по-разному и так сильно, что она чувствует себя близко к смерти. Удушение может быть сделано путём закрывания рта и носа, часто привязав руки и фиксируя таким образом, чтобы жертва не была в состоянии двигаться. Иногда голова жертвы погружается в воду, или в разные жидкости и такой метод называется *мокрое «submarino»*. При сухом «submarino» голову жертвы помещают в полиэтиленовый пакет или нечто подобное.

- **Симулирование исполнения смертного приговора** (эзекуции, в т.ч. и расстрела): этот метод встречается часто, и осуществляется разными способами. Обычно жертве закрывают глаза, или ставят у стены. Ему сообщают, что его расстреляют и обычно стреляют вверх. Или запугивают, что задавят каким-то транспортным средством. В действительности, жертвы слышат запуск двигателя и шум грядущего на полной скорости автомобиля, но который внезапно останавливается буквально рядом.

3. *Виды пыток, которые вызывают полное или крайнее истощение:*

- **Физическое истощение:** жертвы вынуждены осуществлять длительные и изнуряющие физические упражнения; или их заставляют долго стоять на одной ноге или на обеих ногах, в кругу или в квадрате нарисованным на полу; обычно жертвы стоят с поднятыми руками вверх и под углом в 90 градусов, держа в руках тяжёлые предметы. Такие методы часто использовались в армии;

- **Принудительный труд:** жертва вынуждена длительно работать без предоставления пищи или воды, а также в плохих или экстремальных погодных условиях.

4. *Виды пыток, которые вызывают увечья или инвалидность:*

- **Метод «телефон»** представляет собой одновременные удары ладонями по обоим ушам или по одному уху. После таких ударов, которые можно сравнить с эффектом близкого взрыва, часто происходит разрыв барабанной перепонки, повреждения среднего или внутреннего уха, что приводит к потере слуха на некоторое время или на всю жизнь. При простом медицинском осмотре очень трудно обнаружить следы такого метода. Для этого прибегают к проведению аудиограммы, консультации сурдолога и ЛОР-врача.

- **Увечья:** отсечение (ампутация), пальцев, ушей, носа и т.д.

- **Обезображивание:** использование кислот или других агрессивных веществ, опрыскивая на лицо или на другие части тела потерпевшего.

1.3. Психологические пытки

Эти методы пыток можно разделить на следующие категории и техники:

- 1) лишения;
- 2) принуждения;
- 3) угрозы и унижение;
- 4) изоляция и ограничение связи с окружающим миром;
- 5) медицинские.⁸

1. **Методы лишения**, представляют собой воздействия, которые могут привести к дезориентации, растерянности, к чувству одиночества, страха, психологическому и физическому дискомфорту, и т.д. Жертвы лишены многих вещей, в которых они нуждаются, такие как свет или звук; также, они могут быть длительно, находиться с завязанными глазами, в закрытом помещении, в отсутствии пищи или с ограниченным доступом к продуктам питания, к воде, к сменной одежде, к медицинскому обслуживанию или медучреждениям; лишены условий для личной гигиены, других основных потребностей, и т.д. Жертвы мо-

⁸ Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва, 2010.

гут быть лишены информации и возможности иметь представление о своём юридическом статусе или о своём месте нахождения (частые переводы из одного места в другое, частое нарушение сна, отсутствие радио, писем, газет, и т.д.). Другие лишения касаются социальной сферы - жертве не разрешают иметь свидания с близкими людьми или совершить религиозные обряды;

2. **Методы принуждения:** жертва вынуждена совершить действия или быть свидетелем событий, нацеленных на психическое давление. Например, подписание ложных признаний или метод "невозможного выбора", при котором жертва вынуждена выбирать из двух вариантов, которые оба имеют почти такие же отрицательные последствия.

3. **Угрозы и унижения**, могут быть направлены как на жертву, так и на семью жертвы или на других, близких к жертве людей.

4. **Изоляция и ограничение связи с окружающим миром.** Такие методы оказывают психическое воздействие на жертву, путём предоставления различной ложной, противоречивой, запутанной или неверной информации, а также, использование обратной психологии⁹ и т.д.

5. **Медицинские технологии:** использование психотропных или других препаратов, как: седативные, снотворные, психостимуляторы, галлюциногены или наркотики, а также гипноз или другие методы, техники или средства.

Белые или «чистые» пытки включают методы, которые не оставляют видимых следов травм, но имеют более серьёзные последствия, приводящие к психическому разрушению жертвы. С другой стороны, эти методы не исключают возможности использования физических пыток или телесных наказаний.

Различные методы белых пыток могут создавать серьёзные психосоматические расстройства или вызывать смерть потерпевшего, создав психоневрологический дисбаланс, даже если первоначальная цель была только получение признаний.

⁹ Обратной психологией называется результат, полученный при совершении действий одного направления, который заставляет человека сделать всё наоборот.

Наиболее распространёнными методами белых или «чистых» пыток, являются:

- одиночное заключение (сенсорные и социальные лишения), которые могут вызывать галлюцинации, когнитивные, нейровегетативные и другие расстройства;
- лишение сна, света или доступа воздуха;
- моделирование или симуляция экзекуции или расстрела;
- различные возбуждения или жестокое обращение с половыми органами;
- вынуждение к унижительным действиям или к полному обнажению тела;
- введение инсулина, который вызывает гипогликемический шок;
- использование электрического тока для вызывания мышечных судорог или шока;
- обезвоживание или голодание, при демонстрации воды или пищи;
- использование оглушительного шума, например, жертву держат помещённым головой в металлический шкаф (сейф), по которому бьют молотками или другими предметами.

Сексуальные пытки могут быть включены в группу физических пыток, но должны быть рассмотрены, в отдельности - из-за особенностей и серьёзных последствий для жертв.

Эти методы могут быть разделены на три категории:

- с использованием различных предметов;
- без использования «инструментов»;
- с использованием животных.

Часто во время пыток прибегают к фотографированию или видео-аудиозаписи таких ситуаций, которые в дальнейшем вызывают у человека чувство жгучего стыда, например, изнасилования или иных видов сексуальной пытки, запугивают этим жертву и принуждают к постоянному подчинению; В таких ситуациях особое значение имеет этнокультурный фактор; В некоторых этнических группах изнасилование воспринимается как страшный грех, после чего человек должен либо покончить с собой, либо мстить обидчику и т.д. Находясь в такой ситуации, человек нередко бывает согласен на всё.

Среди травматических стрессовых ситуаций пытка занимает особое место, т.к. она представляет собой целенаправленное, планомерное, преднамеренное страдание, причиняемое одним человеком или группой людей, другому человеку или группе людей, которое не только подвергает физическое существование человека сильнейшему потрясению, что является характерным фактором во время природных катастроф и войн, но и создаёт фундаментальную опасность его духовному существованию и нормальной психической деятельности в результате действия фактора морального уничтожения, связанного с ощущением униженности, беспомощности, зависимости и полной неопределённости.¹⁰

1.4. Психосоциальные последствия пыток

Последствия пыток включают кумулятивный и травматический опыт и проявляются:

1. *На индивидуальном уровне.* Пытки включают в себя последовательность травматических событий, которые могут иметь место в разное время и места, заканчивающиеся освобождением или кончиной жертвы. Человек испытывает полную бесконтрольность (невозможность контроля своих действий), непреодолимость (невозможность преодолеть эту ситуацию), а также непредсказуемость мучителя.

Как правило, пытки имеют чрезвычайно угрожающий и болезненный характер и могут вызывать немедленные реакции паники и страха, в том числе сильный страх смерти, с очень высоким уровнем напряжённости и, иногда, порой с эмоциональным. Эти чувства могут сопровождаться чувством полного смятения, бессилия и потери контроля, которые могут привести к разрушению понимания себя, любой значимой экзистенциальной системы и предсказуемости. Исходом пыток часто является преднамеренное разрушение экономического, социального и культурного миров жертв.

¹⁰ Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва, 2010.

Пытки могут нанести ущерб жертве в сфере:

- физической и психологической целостности;
- когнитивной, эмоциональной, поведенческой и социального благополучия;
- личности;
- идентификации;
- автономности;
- самоактуализации;
- самоуважения, чувства собственного достоинства;
- чувства безопасности и выживания;
- мечты, надежды, стремления к будущему;
- системы убеждений;
- системы значения о себе и мире;
- привязанности;
- способности к налаживанию связей;
- доверия;
- пытки также разрушают чувства жертвы, которые основаны на семье и обществе;
- это может вызвать некоторые вторичные проблемы, которые ухудшают социальные, образовательные и профессиональные стороны личности.

2. *На уровне семьи.* Пытки могут нанести серьёзный ущерб интимным отношениям между супругами, родителями, детьми и другими членами семьи, а также отношениями между жертвами и их общинами.

Пытки могут травмировать семью, что приводит к различным формам семейной дисфункции и нарушениям:

- Другие члены семьи также могут быть травмированы пытками и / или другими видами жестокого обращения или преследования;
- Другие члены семьи могут страдать от вторичной травматизации;
- Последствия физических и психологических страданий подвергнутого пыткам человека в семье могут вызывать повышенный уровень стресса, а также страх, беспокойство, чувство террора и угрозы, а также потерю чувства безопасности и без-

опасности, влияющих на семейную систему и других членов семьи;

- Питки могут изменить роли и отношения в семье, это может привести к ухудшению способности ухаживать за детьми и близкими, а также к возможностям воспитания;

- Опыт пыток также может привести к нарушению качества жизни в семье из-за проблем со здоровьем, принудительной сменой места жительства, потери работы, уменьшения социальной поддержки.

Все эти факторы могут привести к деструктивным разрушающим эффектам внутри семьи. В большинстве оценок пыток обычно игнорируется оценка воздействия пыток на семейную систему, динамику семейных (отношений) и других членов семьи. Хотя такая оценка может иметь важное значение, обстоятельства редко её устраняют из-за временных ограничений, ограниченности ресурсов, недостаточных навыков в методах сближения в семье, а иногда и в вопросах конфиденциальности.

3. *На уровне сообщества.* «Путём грубого подавления и ослабления воли своих жертв, лица, применяющие пытки, устрашают тех, кто позднее общается с жертвой. Таким образом, с помощью пыток можно ослабить или подавить волю и единство целых общин. Кроме того, пытка может глубоко затронуть личные отношения между супругами, родителями, детьми, другими членами семьи и отношения между жертвами и их общинами».¹¹

Одной из целей пыток является запугивание третьих сторон, тем самым обеспечивая реакцию страха, торможения, паралича, импотенции и т.д. Расследование пыток означает изучение опыта, который затрагивает целую группу населения не только как отдельных людей как таковых, но и как социальных элементов в социальном контексте. Нарушения прав человека нельзя рассматривать исключительно с точки зрения отдельных (персональных) злоупотреблений. Их последствия обширны, поскольку они описывают не только реакцию системы на конфликт, но и общую среду политической угрозы, которые приводят к атмосфере хронического страха.

¹¹ Стамбульский протокол, пункт 235, стр. 71.

Пытки всегда явно или неявно передают угрозу и воздействие на всю общину и систему ценностей сообщества. Пытки могут терроризировать все население, создавать атмосферу повсеместной угрозы, хронического страха, террора и угнетения. Это может создать репрессивную экологию, которая представляет собой состояние общей неуверенности, недоверия и разрыва социальной структуры. Пытки могут оказывать длительное воздействие на большинство форм коллективного поведения. Воздействие пыток и преследований также может передаваться другим поколениям.

Глава 2. Эффективное расследование и документирование фактов пыток

2.1. Особенности, задачи и последовательность экспертизы

Министерство Здравоохранения и Социальной Защиты Республики Таджикистан официально признало стандарты Стамбульского Протокола для эффективного расследования и документирования пыток и жестокого обращения. Теперь при освидетельствовании применение стандартов Стамбульского Протокола является обязательным.

При проведении судебно-медицинской экспертизы и документирования актов пыток, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, медицинские работники и судебно-медицинские эксперты обязаны руководствоваться рекомендациями данного документа, который является международным руководством в отношении медицинского осмотра и методов документации доказательств, как физических, так и психологических, фактов пыток и других видов жестокого обращения. Для судебно-медицинского документирования должна использоваться стандартная «Форма заключения судебной психиатрической и комплексной психолого-психиатрической экспертизы жертв предполагаемых пыток, жестокого обращения и насилия» (Приложение 4). Судебно-медицинская экспертиза (освидетельствование) проводится по официальному письменному запросу (постановлению, определению, направлению) органов следствия или другого соответствующего должностного лица в случаях:

- предполагаемая жертва или её законные представители заявили о фактах физического или психологического насилия со стороны сотрудников силовых структур, должностных лиц;
- в отношении лица, задержанного, подвергнутого аресту или отбывающего наказание в местах лишения свободы, были применены физическая сила, специальные средства или огнестрельное оружие;

- есть обоснованное подозрение, что на теле лица, находящегося в распоряжении государственных органов, есть травмы.¹²

В плане документирования пыток решающее значение имеет психологическая /психиатрическая экспертиза и медицинское обследование с учётом следующих факторов:

1. *Конфиденциальность*

Экспертизы должны проводиться наедине под контролем специалиста. Конфиденциальность во время интервью не только необходима по этическим соображениям, но и при разговоре о чувствительных проблемах, вызывающие затруднения для оцениваемого лица. Специалист должен установить и поддерживать *приватность* во время всего интервью.¹³

Полиция или другие сотрудники правоохранительных органов никогда не должны присутствовать в комнате *опроса*. Присутствие сотрудников полиции, сослуживцев, тюремных офицеров или других должностных лиц правоохранительных органов в комнате опроса по любой причине должно быть отмечено в отчёте клинициста. Их присутствие во время обследования может быть основанием для игнорирования *такого негативного* медицинского заключения). Если во время собеседования присутствуют какие-либо другие лица во второй комнате, их персональные данные, должность и связь (с опрашиваемым) должны быть указаны в отчёте.¹⁴

Клиницист должен тщательно изучить *ситуацию (окружение условия)*, в которой они работают и принять необходимые меры предосторожности и соответственно обеспечить гарантии. Если вы проводите собеседование с людьми, которые все ещё находятся в заключении или в аналогичных ситуациях, в которых возможны репрессии, необходимо принять все меры предо-

¹² Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Практическое руководство для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики. Бишкек, 2014.

¹³ Стамбульский протокол, пункт 83, стр. 27 и пункт 124, стр.40.

¹⁴ Там же, пункт 125, стр.40.

сторожности, чтобы интервью не *подвергло опасности задержанного* в (или *создало ему дополнительные трудности*).

В других ситуациях следует иметь в виду возможность того, что лицо может подвергаться преследованиям или угнетению. *Независимо ни от чего такие вопросы должны быть заданы осторожно и в значительной степени разнообразно в зависимости от уровня конфиденциальности и безопасности.* При необходимости следует избегать вопросов о запрещённых действиях.

Если судебно-медицинская экспертиза *свидетельствует* о применении пыток, задержанный не должен быть возвращён в место содержания под стражей, а должен предстать перед прокурором или судьёй, чтобы определить правовую *ситуацию (в данном случае)* задержанного.¹⁵

Установление эффективных и доверительных отношений во время интервью является основным требованием для хорошо проведённой психологической оценки (*состояния*). Если невозможно установить эффективные и доверительные отношения с испытуемым и не может быть *собрана* полная и адекватная история (*его нахождения в данном месте*), весьма вероятно, что проведение надлежащего расследования пыток невозможно. Создание атмосферы доверия требует активного слушания, *подробного расспрашивания*, верности, подлинного сочувствия и честности. *Соответствовать тому, чтобы доверяли это* очень хорошо, однако ещё более важно, даже невольно *его суметь завоевать*.¹⁶

2. Конфиденциальность и информированное согласие

«Медицинские эксперты, участвующие в расследовании пыток или жестокого обращения, должны вести себя в любое время в соответствии с самыми высокими стандартами этических норм и, в частности, должны получать информированное согласие до проведения любого обследования».¹⁷

¹⁵ Стамбульский протокол, пункт 91, стр.29; пункт 93, стр.30; пункт 126, стр.40; пункт 129, стр.41; пункт 239, стр.72; пункт 264, стр.80-81.

¹⁶ Там же, пункт 129, стр.41 и пункт 164, стр.11.

¹⁷ Там же, приложение I, принцип 6(a).

Эксперты обязаны поддерживать конфиденциальность информации и раскрывать информацию только с согласия пациента. Объяснение конфиденциальности и её уровней имеет первостепенное значение для хорошо проведённого интервью. Пациент должен быть чётко проинформирован о каких-либо ограничениях (*в сохранении*) конфиденциальности информации и всевозможных юридических обязательствах при раскрытии информации, собранной с помощью посредничества и медицинской / психологической экспертизы вначале интервью.

С самого начала предполагаемую жертву пыток следует информировать о характере процесса, о том, почему ищут доказательства (*применения пыток*), как информация, предоставленная этим человеком, будет использоваться и возможные последствия (*этого*). Клиницисты должны получить информированное согласие (Приложение 3) до проведения любого (*опроса*) и оценки (*состояния пациента*).

Чтобы получить информированное согласие клиницисты должны придерживаться (*выполнения следующих пунктов – то есть обеспечить следующие условия при получении согласия*):

- на основе адекватного понимания (*пациентом*) потенциальных выгод и неблагоприятных последствий оценки;
- добровольно (*давать согласие*), без принуждения другими.

Человек имеет право отказаться от сотрудничества *полностью или от части* собеседования и / или оценки. *При таких условиях:*

- Клиницист должен задокументировать вопрос об отказе от собеседования и / или оценки (*психологом его состояния*);
- Если лицо является задержанным, отчёт должен быть подписан его адвокатом и другим должностным лицом (*работающим в области*) здравоохранения.¹⁸

3. Следовать цели и быть эмпатом

Медицинские оценки для юридических целей должны проводиться с объективностью и беспристрастностью. Объективность и беспристрастность не противоречат эмпатии. В этом смысле важно *придерживаться* профессиональных границ и в то же время *понимать* боль и дистресс. Врач должен говорить,

¹⁸ Стамбульский протокол, пункт 149, стр.47; пункт 165, стр.51-52.

что он или она является союзником и *использовать поддерживающий, непредвзятый подход*. Нецелесообразно соблюдать строгую «клиническую нейтральность». Клиницисты должны быть чувствительными и сочувствующими в своём вопросе, оставаясь объективными в своей клинической оценке.¹⁹

4. *«Риск повторной травматизации»*. *Необходимость получения достаточной и соответствующей информации*

«Необходимо соблюдать несколько основных правил. Информация, безусловно, важна, но интервьюируемый человек (*важен*) тем более, и слушание важнее, чем задавание вопросов».²⁰

Физические и психологические обследования по самой своей природе могут повторно травмировать пациента, провоцируя и / или усугубляя психологический дискомфорт и симптомы, вызывая болезненные аффекты и воспоминания. Интервью должно быть структурировано таким образом, чтобы минимизировать риск повторного травмирования выжившего после пыток. Клиницисту необходимо сбалансировать два важных требования, которые должны дополнять друг друга, но иногда могут *вступать в противоречия*: необходимость получения полезной информации и важность соблюдения потребностей собеседника (Giffard, 2000). Основной целью документирования утверждений о пытках является создание точного, достоверного и подробного *отчёта* событий с учётом личной ситуации и психологического состояния.

Интервьюеры должны проявлять чувствительность при опросах и следить за признаками усталости и психологического состояния опрашиваемого. Клиницист должен дать субъективную оценку о том, необходимо ли и в какой степени настаивать на деталях для эффективности отчёта в суде, особенно если собеседник демонстрирует очевидные признаки стресса.²¹

¹⁹ Стамбульский протокол, пункт 162, стр.51; пункт 262, стр.80 и пункт 263, стр.80.

²⁰ Там же, пункт 135, стр.43.

²¹ Там же, пункт 135, стр.43; пункт 149, стр.47 и пункт 264, стр.80-81.

2.2. Ход опроса

1. Условия проведения интервью

Психологическая оценка последствий пыток должна проводиться в месте, которое врач считает наиболее подходящим. Клиницисты должны обеспечить условие, чтобы пациент, особенно если собеседник был задержанным, не принуждался к тому, чтобы принять место, которое для него неудобно и небезопасно.

Как правило, клиницист может не иметь большого контроля над обстановкой, в которой проводится собеседование, однако он должен обязательно изучить все возможности, чтобы обеспечить условия как можно более конфиденциальные, безопасные и удобные. Следует обратить внимание на то, чтобы комната не выглядела таким образом, чтобы она не напоминала официальную обстановку, и чтобы это не выглядело как процесс допроса.

Достаточное время должно быть выделено для интервью, и время должно быть указано заранее. Если опрос проводится с временными ограничениями, собранная информация и результаты собеседования могут быть неполными.

Если возможно:

- В комнате должны быть соответствующие физиологические условия (свет, вентиляция, размер, температура);
- Должен быть доступ к туалетным принадлежностям и возможностям для отдыха. Было бы хорошо иметь воду и салфетки в пределах досягаемости интервьюируемого;
- Сидения должны позволять интервьюеру и собеседнику иметь возможность установить зрительный контакт и чётко видеть лица друг друга;
- Это не должно напоминать иерархическое и официальное положение (где интервьюер сидит выше или в кресле, а собеседник *сидит ниже или* на стуле);
- Постарайтесь, чтобы собеседник установил расстояние (*до него*) в соответствии с его собственными предпочтениями. Правильное расстояние изменяется в зависимости от культуры и

индивидуальности. Сидеть слишком близко или слишком далеко может вызывать стресс у интервьюируемого.²²

В начале интервью:

- Клиницист должен предоставить полную информацию о своей личности (включая его/её роли, специальность, должность, статус).

- Клиницист должен чётко информировать интервьюера:

- о его/её обязанностях и о границах (*его полномочий*);

- причине и цели вмешательства (*опроса, акции, действий психолога*);

- об обстановке, о рамках, о ходе интервью;

- возможные процедуры во время интервью (и оценки);

- все ограничения (*в сохранении*) конфиденциальности;

- возможные последствия этого вмешательства / оценки;

- требуется информированное согласие пациента;

- интервью следует начинать с открытых общих вопросов. На основе полученной информации следует искать более конкретные детали, где это необходимо;

- клиницист должен внимательно следить за вопросами, например: интервью должно начинаться с менее чувствительных вопросов, чувствительные вопросы следует задавать только после того, как (*достигнута*) определённая степень взаимопонимания;

- в интервью следует включать расслабляющую тему, чтобы успокоить эмоциональное *возбуждение*. Прежде чем закончить собеседование, собеседника следует спросить, хочет ли он/она задать какие-либо вопросы или что-то, что он хочет добавить.²³

2. *Стиль проведения интервью*

Клиницист должен сообщить пациенту, что он может сделать перерыв или прервать опрос в случае необходимости. Клиницист также должен признать право пациента на то, чтобы не

²² Стамбульский протокол, пункт 93, стр.30; пункт 124, стр.40 и пункт 163, стр.81.

²³ Там же, пункт 163, стр.51; пункт 168, стр.52; пункт 262, стр.80 и пункт 263, стр.80.

отвечать на любой вопрос, на который он /она может не пожелать отвечать.

Если возможно, интервью должно быть составлено в соответствии с потребностями (пожеланиями) испытуемого (опрашиваемого). Интервьюер должен организовать короткие эпизоды с перерывами.

Специалист должен:

- избегать любых способов, подходов или поведения, которые могут напоминать о ситуации с пытками;
- не заставлять пациента ждать;
- избегать авторитарных инструкций и вопросов (давления);
- быть деликатными по тону, формулировке и выбору вопросов;
- создавать атмосферу доверия, вежливости, честности и сочувствия;
- быть в курсе культурных норм и правил (поведения);
- общаться в контексте понимания переживаний и страданий человека (эмпатия);
- давать время и возможность для собственных нужд и вопросов (опрашиваемого);
- убеждаться, что пациент чувствует, что он/она контролирует (свои действия);
- формулировать вопросы открыто.

Реакции переноса и контрпереноса

Клиницисты, которые проводят физическую и психологическую экспертизу, должны знать о возможных эмоциональных реакциях, которые могут свидетельствовать о травмированности (возможно возникшей в ходе опроса) как опрашиваемого, так и интервьюера.

1. Перенос

Перенос является чувствами, которые выживший (пациент/клиент) испытывает к эксперту, и эти чувства (возникают) из прошлого опыта (пыток), но ошибочно воспринимаемых потерпевшим как направленные на медика как личности.²⁴

Вопросы клинициста могут быть расценены пациентом как:

²⁴ Стамбульский протокол, пункт 265, стр. 81.

- принудительное воздействие, похожее на допрос;
- знак недоверия или сомнения со стороны (по отношению к пациенту\клиенту);

Клиницист может восприниматься как:

- лицо, находящееся в положении власти (в положительном или отрицательном смысле);
- враг или соучастник мучителя (который проводил пытки до этого);
- спаситель, защитник, товарищ;

При всех этих и других подобных восприятии пострадавший может испытывать страдания, страх, недоверие, насильственное подчинение, гнев, ярость, стыд, беспокойство или подозрение, или он может стать слишком доверчивым и ожидающим (помощи или соучастности, сострадания).²⁵

2. Контрперенос или «встречный перенос»

Эмоциональная реакция эксперта на жертву пытки, известная как «встречный» перенос аффекта, может повлиять на психологическую оценку. Перенос и «встречный» перенос - это взаимозависимые и взаимодействующие явления.²⁶

Если специалист не знает о встречном переносе, это может вызвать некоторые дополнительные проблемы, барьеры во время интервью, а также может уменьшить эффективность и способность специалиста оценивать и документировать последствия пыток.

Общие реакции контрпереноса включают:

- Избегание, уход, защитное безразличие (клинициста);
- Разочарование, беспомощность, безнадежность и чрезмерная предвзятая оценка всего;
- Всемогушество и завышенная оценка себя как спасителя, великого эксперта по травме или последняя надежда оставшегося в живых;
- Чувство неуверенности;
- Чувство вины;
- Чрезмерный гнев по отношению к мучителям и жертвам или к личности (к персоне пациента);

²⁵ Стамбульский протокол, пункт 265, стр.81 и пункт 268, стр.81.

²⁶ Там же, пункт 265, стр.81.

Во время интервью все эти факторы могут привести оценщика (клинициста):

- недооценке к серьёзности последствий пыток;
- потере некоторых деталей;
- к необоснованным сомнениям относительно достоверности предполагаемых пыток;
- неспособности установить необходимого эмпатического подхода;
- испытывании трудности в оценке объективности (ситуации);
- переоценивании выжившего после пыток;
- не имении возможности узнать историю (пыток);
- не иметь возможности охарактеризовать ситуацию и подготовить отчёт своевременно и соответственно (тому, как следует).

Пытки могут также приводить к побочным травмам, вторичной травматизации и/или реакциям выгорания со стороны опрашиваемого.

У выживших жертв пыток могут возникнуть трудности с изменением (*в описании*) и повторением конкретных деталей опыта пыток и других частей истории по нескольким важным причинам. Могут быть и другие факторы, которые затрудняют получение достаточной информации во время собеседования.

Нарушение внимания и нарушения памяти являются частью ПТСР, но эти симптомы могут также присутствовать при других нарушениях, таких как депрессия, тревога, черепно-мозговая травма или электролитный дисбаланс (в организме). Нарушение памяти также может быть симптомом диссоциации, которая часто может быть защитной стратегией преодоления этих обстоятельств. Действительно, диссоциация часто наблюдается у жертв пыток, и от неё следует ожидать воздействия во время оценки (во время опроса клиницистом).

Стратегии пыток часто намеренно создаются таким образом, чтобы путать, давать неправильную информацию или создавать дислокацию во времени и пространстве, и это следует рассматривать как особую проблему при попытке получить однозначный или полный отчёт о событиях. Стремление исполни-

телей (мучителей) к дискредитации выжившего и сокрытию зверства может привести к трудностям в последующем обследовании жертв. Таким образом, нарушенная попытка вспомнить все может стать серьёзным препятствием на пути к описанию истории (пыток) и любыми возможными юридическими процедурами, но это может быть также показателем последствий (пыток), которые следует учитывать при оценке (психологического состояния пациента) (Burnett & Peel, 2001b, Wenzel, 2002).

2.3. Компоненты психологической оценки

Вся психологическая оценка должна проводиться и интерпретироваться в соответствии с информацией, приведённой в разделах «Общие соображения», «Предостережение», «Этические и клинические соображения и процесс собеседования» в Стамбульском протоколе.

Психологическая оценка начинается в начале опроса с самого первого контакта. Одежда, поза, методы воспроизведения в памяти и воспроизведения травмы (травматической ситуации), признаки тревоги или эмоционального стресса, ступор или чрезмерное возбуждение, моменты эмоциональной напряжённости, неожиданные ответы, позы и телесные выражения относительно событий, связанных с пытками, избегание зрительного контакта и эмоциональные колебания в его голосе могут дать важные сведения о личной истории и психологической функции человека. Не только словесное содержание испытуемого (что он/она говорит), но и его/её манера говорить (как он / она говорит) важны для психологической оценки (Jacobs, 2000; Reyes, 2002). Человек может столкнуться с трудностями в том, чтобы вспоминать и рассказывать о том, что он испытывал, или говорить о своих жалобах. Таким образом, невербальная связь обеспечивает важную информацию о его симптомах, а также некоторые подсказки для установления и поддержания эффективных взаимоотношений, которые позволяют оценщику выявлять релевантные данные (Jacobs, 2000).

Психологическая оценка должна предусматривать подробное описание истории личности, экспертизу психического ста-

туса, оценку социального взаимодействия и формулировку клинических впечатлений / мнений. Воздействие симптомов на повседневную жизнь может иметь большое значение для судебных процедур или вопросов компенсаций в случаях пыток. В случае необходимости следует назначить психиатрический диагноз.

Компоненты психологической / психиатрической оценки:

1. Анамнез пыток и жестокого обращения

«Необходимо приложить все усилия для документирования полной истории пыток, преследований и других соответствующих травматических переживаний. Эта часть оценки часто бывает утомительной для оцениваемого лица. Следовательно, может потребоваться выполнить несколько сеансов (если это возможно). Интервью должно начинаться с общего итога событий, прежде чем выявить детали опыта пыток».²⁷

2. «Использование перечня методов может дать результаты, обратные ожидаемым, поскольку общая клиническая картина, возникающая в результате пытки, не сводится к простой совокупности телесных повреждений, причинённых с помощью методов, которые указаны в списке. В сущности, опыт показывает, что при столкновении с таким «комплексным» подходом к пыткам лица, применяющие пытки, часто сосредоточивают внимание на одном из методов и начинают оспаривать то, что этот конкретный метод является формой пытки».²⁸

3. Имеющиеся в настоящее время жалобы психологического характера

Основу экспертизы составляет оценка состояния перенёсшего пытки лица в период обследования. Следует подробно описать симптомы, характеризующие эмоциональную и познавательную функции и поведение, а также отметить частоту появления ночных кошмаров, галлюцинаций и реакции вздрагивания и привести примеры этих явлений. Отсутствие симптомов может объясняться эпизодической или зачастую отсроченной природой посттравматических стрессовых расстройств или отрицанием симптомов из-за чувства стыда.

4. Анамнез за период после пыток

²⁷ Стамбульский протокол, пункт 276, стр. 84.

²⁸ Там же, пункт 145, стр. 45-46.

Этот компонент психологической экспертизы состоит в выяснении обстоятельств жизни в настоящее время. Важно задать вопросы об имеющихся на момент опроса источниках стресса, таких, как разлука или потеря близких, бегство из родной страны и жизнь в ссылке. Проводящий опрос должен также выяснить, способен ли обследуемый заниматься производительным трудом, зарабатывать на жизнь, заботиться о своей семье, а также располагает ли он социальной поддержкой.²⁹

5. *Анамнез за период до пыток*

Если необходимо, опишите:

- Биография жертвы (детство, молодость, раннее взросление), семейная забота, семейные болезни и семейный состав;
- Образовательная и трудовая биография потерпевшего;
- Любая история прошлой травмы/травм/пыток;
- Культурная и религиозная биография жертвы.

Оценка состояния психического здоровья и уровня психосоциального функционирования перед травматическими событиями даёт опрашиваемому лицу возможность сравнить текущее состояния здоровья человека и связать его с пытками. При проведении опроса ввиду ограниченности времени и наличия других проблем зачастую может быть трудно, получить эту информацию. Тем не менее важно собрать достаточное количество данных о состоянии психического здоровья и психосоциальном функционировании опрашиваемого, для того чтобы составить представление о том, в какой мере пытки способствовали развитию имеющихся психологических расстройств.³⁰

6. *Психиатрический анамнез*

История любых психических или психологических расстройств, какова их сущность, а также проводилось ли их лечение и требовалась ли по их поводу госпитализация в психиатрический стационар.³¹

7. *Анамнез употребления алкоголя и наркотических средств и злоупотребления ими.*³²

²⁹ Стамбульский протокол, пункт 278, стр. 84.

³⁰ Там же, пункт 279, стр.84-85 и пункт 280, стр.85.

³¹ Там же, пункт 282, стр.85.

³² Там же, пункт 283, стр.85 и пункт 284, стр.85.

8. *Оценка социальной функции*

Травмы и пытки могут прямо и непосредственно влиять на способность человека функционировать. Специалист должен оценить текущий уровень работы человека, задавая вопросы о повседневной деятельности, социальной роли (как домохозяйки, ученика, работника), культурных и развлекательных мероприятиях и восприятии состояния здоровья. Проводящий опрос должен предложить опрашиваемому оценить состояние собственного здоровья, заявить о наличии или отсутствии ощущения хронической усталости и сообщить о возможных изменениях в общем функциональном состоянии. Влияние симптомов на повседневную жизнь может быть очень актуальным в судебных процедурах или вопросах компенсаций за пытки.³³

9. *Психологическое тестирование и применение контрольных перечней и вопросников*

Объем опубликованных данных по использованию психологического тестирования (проективные и объективные личностные тесты) при оценке состояния лиц, переживших пытки, невелик. К тому же психологическое тестирование личности неприменимо по отношению к представителям других культур. Совокупность этих факторов резко ограничивает возможность использования психологического тестирования при оценке состояния жертв пыток. Тем не менее, нейропсихологическое тестирование может помочь в оценке случаев мозговой травмы, возникшей в результате пытки. Человек, подвергавшийся пытке, может затрудняться выразить словами свои ощущения или симптомы. В некоторых случаях полезным будет использование контрольных перечней видов и симптомов травм. Если проводящий опрос полагает, что полезно было бы использовать контрольные перечни видов и симптомов травм, то имеется множество вопросников, хотя ни один из них не учитывает особенности жертв пыток.

10. *Клиническое заключение*

Существенным аспектом психиатрической / психологической оценки является формулировка краткого описания понимания интервьюером дела. Интерпретация результатов и фор-

³³ Стамбульский протокол, пункт 285, стр.85-86.

мулировка клинического заключения последний этап, на котором все интервью обсуждается и оценивается; поэтому необходимо проявлять осторожность при формулировании клинического заключения.³⁴

11. *Рекомендации*

Рекомендации, являющиеся результатом психологической экспертизы, зависят от того, по какой причине запрашивалось проведение экспертизы. Рассматриваемые проблемы могут касаться юридических и судебных вопросов, предоставления убежища, переселения или необходимости в лечении. Может быть рекомендовано дополнительное освидетельствование, такое как нейропсихологическое тестирование, терапевтическое или психиатрическое лечение, обеспечение безопасности подвергавшегося экспертизе лица или предоставление ему убежища.³⁵

Для документирования при подозрении на применение пыток по стандартам Стамбульского протокола должна использоваться «Форма заключения судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения» (Приложение 4), которая заполняется в соответствии с инструкцией по её заполнению (Приложение 5).

³⁴ Стамбульский протокол, пункт 287, стр.86; пункт 288, стр.86-87; пункт 157, стр.49 и пункт 160, стр.49-50.

³⁵ Там же, пункт 275, стр.84 и пункт 291, стр.87.

Глава 3. Психическая травма

3.1. Травматический стресс

Когда угрозе подвергается жизнь и благополучие самого человека и/или его близких, когда под угрозой в силу поступков других людей или самого человека оказывается его система ценностей, человек переживает стресс, и как следствие психическая травма. Психологическая травма - событие в жизни человека, вызывающее очень сильные эмоции и переживания, неспособность к адекватной реакции. Это - глубокая индивидуальная реакция на какое-либо событие, значимое для человека, вызывающее сильное психическое напряжение и негативные эмоции в дальнейшем, которые человек не в силах преодолеть самостоятельно. В результате этого происходят устойчивые изменения в психике, личности, поведении и физиологии.

Сам стресс является частью жизни человека и реакцией организма на любое предъявляемое ему требование. Это реакция тела и мозга на изменение, проблему или угрозу в окружающей среде. К сожалению, стрессов вообще избежать нельзя, так как их природа рефлекторна. Это автоматическая реакция организма на трудные или неблагоприятные ситуации. Такие реакции представляют собой механизмы естественной биологической защиты человека, чисто природный способ приспособления к меняющейся среде.³⁶

Г. Селье различал три основные стадии стресса:

Первая стадия - реакция тревоги. Любые физические или психологические травмы немедленно вызывают комплекс реакций, направленных на борьбу со стрессом. Так как иммунная система первоначально пребывает в подавленном состоянии, нормальный уровень сопротивления снижается, что делает нас более подверженными инфекциям и заболеваниям. Если стресс

³⁶ Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва, 2010.

незначительный или кратковременный, люди быстро справляются и восстанавливаются.

Вторая стадия - стадия сопротивления. Характеризуется повышенным сопротивлением болезни или недугу. Иммунная система реагирует активизацией своей работы в этот период для устранения внутренних и внешних проблем. Если в этот период не устранить стрессогенные факторы и если сопротивление организма окажется недостаточным, это может привести к дальнейшему ухудшению состояния.

Третья стадия - истощение. Ввиду неспособности человека поддерживать гомеостаз и сопротивление стрессу может произойти внезапное снижение уровня сопротивления. Сопротивление и устойчивость к стрессу у разных людей может быть разной - однако у каждого человека есть свой предел. Работа поддерживающих жизнь механизмов замедляется и системы органов начинают выходить из строя.³⁷

Наравне с основными стадиями стресса также выделяют 3 типа стресса, которые зависят от характера происшествий:

1. Базовый стресс - это реакция на повседневный стресс, которая затрагивает физические, когнитивные и эмоциональные аспекты поведения человека, когда он сталкивается с трудными задачами, изменениями или проблемами в жизни. Стресс является частью жизни человека. Стресс может быть связан с позитивными событиями (эустресс) или негативными происшествиями (дистресс). Оба типа стресса могут утомлять человека. Положительный стресс, как правило, придаёт человеку в целом позитивное отношение. Человек может быть уставшим, но удовлетворённым. Негативный стресс, если он является чрезмерным, может вызвать чувство уныния и отношение к событию, не помогающее его преодолеть.

2. Накопленный стресс - является стойким и надвигается постепенно. Он нарастает в течение определённого периода, когда человек подвергается воздействию значительного не устраняемого стрессогенного фактора или нескольких умеренных стрессогенных факторов (Фродл и О'Кин, 2012). Стрессовая си-

³⁷ Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми. Руководство для участников. Душанбе, 2015 г.

туация обычно включает факторы личностного характера или связанные с работой или экологическим инцидентом.

3. Травматический стресс (стресс, возникающий при критических происшествиях). В ситуации, нарушающей привычный ход вещей, обычная способность человека преодолевать трудности подавляется интенсивностью и серьёзностью события. Такие происшествия являются неожиданными, стремительными, внезапными и обычно характеризуются угрозой для физической и/или психологической безопасности человека. Такие угрожающие жизни или существованию условия, как правило, подавляют, по крайней мере, на какое-то время обычную способность совладания (Лернер, 2006; Лернер и Шелтон, 2005; Лазарус и Фолкман, 1984; МакКанн и Пёрлман, 1990). Травматический стресс развивается в ситуации, нарушающей привычный ход вещей, когда обычная способность человека преодолевать трудности подавляется интенсивностью и серьёзностью событий, которые носят внезапный, стремительный и неожиданный характер. Такие угрожающие жизни или существованию условия, как правило, подавляют, по крайней мере, на какое-то время обычную способность совладания. Наиболее распространённые причины травматического стресса связаны со стихийными и техногенными бедствиями, авариями, хроническими заболеваниями в семье, потерей члена семьи или близкого друга, разрывом с любимым человеком, сексуальными домогательствами или изнасилованием, банкротством семьи, психическим harassment, жестоким обращением и физическим насилием или пытками. Кроме того, травма может быть активирована негативными событиями прошлых лет, например, случаями жестокого обращения или сексуального насилия.

Организм человека реагирует на подобные ситуации путём выпуска адреналина, норадреналина, дофамина, других «стрессовых» гормонов. Данные вещества стимулируют мобилизацию сахара, которая открывает для организма запасы дополнительной силы, энергии, стойкости и т.п. Кровь уходит от кожи и органов с целью минимизировать кровотечение в случае повреждения и максимально эффективного расходования энергии. Таким образом, испытание страхом улучшает работу орга-

низма. В долговременном плане, впрочем, реакция на страх может стать утомительной и выводящей тело человека из норм пригодности. Продолжительная реакция на травматические ситуации может привести к серьёзным физическим и психологическим проблемам.³⁸

Травматический стресс - это особая форма стрессовой реакции, которая перегружает психологические, физические, адаптационные возможности человека.³⁹ Это переживание особого рода, это результат взаимодействия человека и окружающего мира, это нормальная реакция на ненормальные состояния, обстоятельства, возникающие у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта (угроза жизни, смерть, ранение, насилие и т.п.).

Событие, вызвавшее травматический стресс может включать такие, когда возникает угроза собственной жизни, или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я». Расстройство может быть более тяжёлым и длительным, когда стресс обусловлен человеком, чем внешними причинами природного или техногенного характера. Травматическое событие вторгается в жизнь человека, раскалывая её на «до» и «после». Оно как бы существует вне времени, и поэтому не остаётся в прошлом, при этом о нем невероятно сложно, а поначалу просто невозможно вспомнить и рассказать, как об обычном событии. Обрывочные воспоминания, не ослабевающие, а резкие, как если бы это происходило прямо сейчас, врываются в жизнь человека - когда он спит и когда бодрствует. Иногда люди, стараясь избежать кошмарных снов, перестают спать вовсе. В острой травматической ситуации человек начинает «жить сегодняшним днём», он видит только ближайший шаг, сосредотачивается на следующем действии и не заглядывает далеко в будущее. Неспособность представить себе собственное возможное будущее

³⁸ Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми. Руководство для участников. Душанбе, 2015 г.

³⁹ Пытки. Психические и Физические последствия пыток; Принципы составления медицинских заключений. Лечение и реабилитация. Международные стандарты врачебной этики и Международные стандарты медицинского обслуживания в тюрьмах. Тбилиси, 2010.

объясняется тем, что жизненная история была разорвана травмой и утратила согласованность и преемственность. Особенно часто подобная утрата жизненной перспективы встречается у людей, которые в результате пережитого потеряли здоровье, стали инвалидами. Опасение за жизнь и здоровье, возникающее у подвергшихся пыткам, имеет отношение не только к прошлому, но и к будущему (особенно в ситуациях, когда людям, обратившимся с жалобой на пытки, угрожают расправой). Если неспособность представить себе предпочитаемое возможное будущее сохраняется надолго, то это сильно мешает человеку выжить впоследствии, и ведёт к возрастанию вероятности самоубийства. То, что помогало выжить в тот момент, когда происходило травмирующее событие, и сразу после этого, становится с течением времени помехой для душевного комфорта и такой жизни, какую человек для себя предпочитает. У каждого человека своя скорость осмысления и встраивания травмирующего опыта в жизненную историю. Однако в рамках психиатрии и клинической психологии считается, что человеку в среднем для этого достаточно шести месяцев. Поэтому этот набор поведенческих проявлений и чувств, если все ещё явно присутствует в жизни человека и через полгода после трагедии, классифицируется как «расстройство». Однако возникает оно не во всех случаях и не у всех людей, поэтому невозможно говорить о прямой зависимости: «если человек пережил некоторое травмирующее событие, то у него обязательно разовьётся посттравматическое стрессовое расстройство». Травматический стресс возникает в результате особого взаимодействия человека с окружающим миром.

Пытки или чрезвычайные стрессовые явления, которые представляют серьёзную опасность для жизни, вызывают значительные стрессовые нарушения, симптомы которых характеризуются полиморфизмом и многообразием. Поэтому пыткам уделяется особая роль среди травматических стрессовых явлений, так как они представляют собой целенаправленное и запланированное, преднамеренное мучение человека или группы людей другим человеком или группой.

3.2. Острое стрессовое расстройство

Острое стрессовое расстройство (ОСР: DSM- V, 2013) является переходным клиническим состоянием, которое развивается в ответ на чрезвычайные травматические события. Лица в таком состоянии зачастую сообщают, что они испытывают выраженные симптомы тревоги, ошеломления, оцепенения, замыкания в себе, искажения восприятия, дезориентации, проблем со сном, раздражительности и утомляемости. Также может возникнуть частичная или полная потеря памяти о происшествии.

Считается, что ОСР развивается как прямое следствие крайне стрессового события. Первопричиной являются стрессовые события или длительные неприятные обстоятельства, такие как физическое нападение, жестокое издевательство и унижительное отношение. Расстройство не возникнет без травмирующих факторов.

МКБ-10 описывает острую реакцию на стресс следующим образом:

«Преходящее расстройство, которое развивается у человека без каких-либо других проявлений психических расстройств в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно стихает через несколько часов или дней. В распространённости и тяжести стрессовых реакций имеют значение индивидуальная ранимость и способность владеть собой. Симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью. Это состояние может сопровождаться последующим «уходом» из окружающей ситуации (до состояния диссоциативного stupora) или ажитацией и сверхактивностью (реакция бегства или фуги). Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика обычно проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов или события и исчезает через 2-3 дня (часто через несколько часов). Может присутствовать частичная или полная амнезия на стрессовое событие. Если

вышеуказанная симптоматика устойчива, необходимо изменить диагноз».⁴⁰

Относительно DSM-V, существует пять специфических критериев диагностики ОСП:

1. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьёзной травме или сексуальному насилию в одном или нескольких из перечисленных вариантов:

- Непосредственная подверженность травматическому событию.

- Непосредственное (личное) зрительное восприятие травмы, которую переживают другие.

- Получение информации о том, что травмирующие события произошли с членами семьи или близкими друзьями (в случаях реальной смерти или угрозы смерти члена семьи или друга события должны быть либо насильственными, либо представлять собой несчастный случай).

- Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных деталей травматического события (событий) (например, участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки или служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми).

2. Наличие, по крайней мере, 9 из 14 симптомов из любых категорий - вторжение, диссоциация, плохое настроение, избегание, и возбуждение - которые начинаются или ухудшаются после травматического события.

Симптомы вторжения:

- Повторяющиеся, непроизвольные, навязчивые и тягостные воспоминания о травмирующем событии (событиях); у детей могут отмечаться повторяющиеся игры, в которых отражается тема или отдельные аспекты травмирующего события (событий).

- Повторяющиеся тревожные сны, содержание или влияние которых соотносится с травмирующим событием (событиями); у детей могут отмечаться пугающие сновидения без чётко распознаваемого содержания.

⁴⁰ Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми. Руководство для участников. Душанбе, 2015 г.

- Диссоциативные реакции (например, вспышки памяти), во время которых индивид ощущает или ведёт себя так, как будто бы травмирующее событие повторяется.

- Интенсивный или продолжительный психологический дистресс или психологические реакции при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травмирующего события (событий).

Негативное настроение представляет собой следующее:

- Постоянная неспособность испытывать положительные эмоции (к примеру, неспособность испытывать счастье, удовольствие, или любовь).

Диссоциативные симптомы включают следующее:

- Изменение восприятия реальности окружения или себя (к примеру, видение себя со стороны, пребывание в оцепенении, ощущение замедленного течения времени).

- Неспособность вспомнить важные аспекты травматического события (событий), обычно вследствие диссоциативной амнезии, а не других факторов, таких как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя или наркотиков.

Симптомы избегания включают следующее:

- Попытки избегания стрессовых воспоминаний, мыслей, или чувств о травматическом происшествии или событиях, связанных с ним(-и);

- Попытки избегать внешних напоминаний (например, людей, мест, разговоров, деятельности, предметов или ситуаций), которые вызывают стрессовые воспоминания, мысли, чувства, связанные с травматическим происшествием или напоминающие о нём.

Симптомы возбуждения включают следующее:

- Нарушения сна (например, трудности с засыпанием или с поддержанием сна или беспокойный сон).

- Раздражённое поведение или вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.

- Сверхнастороженность.

- Проблемы с концентрацией.
- Преувеличенная реакция испуга.⁴¹

3. Длительность нарушения от 3 дней до 1 месяца после травматического события. Симптомы, как правило, возникают немедленно после травмы, для постановки диагноза ОСР они должны продолжаться от 3 дней до одного месяца.

4. Нарушение вызывает серьёзный клинический стресс или нарушения в социальной, профессиональной или иных важных сферах деятельности.

5. Данное нарушение не может быть отнесено к физиологическому результату употребления психоактивных веществ (например, лекарств или алкоголя) или же другому медицинскому состоянию (например, лёгкая черепно-мозговая травма), а также не может быть объяснено диагнозом краткого психотического расстройства».

Если не принимать никаких мер, ОСР через месяц может развиваться в ПТСР. Однако, во многих случаях, особенно после успешного лечения, пациенты выздоравливают от ОРС в течение месяца после травмы. По мнению Браента (2011), около половины пациентов с ПТСР изначально имели ОСР.

Обычно, пациенты с ОСР выздоравливают в течение нескольких дней или одного месяца. Состояние может сохраняться более одного месяца из-за ряда отягчающих факторов, таких как, наличие предыдущей травмы, злоупотребление психоактивными веществами или алкоголем, другие психические расстройства, неудовлетворительное соблюдение режима терапии, сложные социально-экономические условия, включая неудовлетворительное функционирование до травмирующего события.⁴²

3.3. Посттравматическое стрессовое расстройство

Самым распространённым психическим нарушением в случае пыток является посттравматическое стрессовое расстройство.

⁴¹Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми. Руководство для участников. Душанбе, 2015 г.

⁴² Там же.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой целостный комплекс симптомов нарушения психической деятельности, возникший в результате единоразового или повторяющегося внешнего сверхсильного травмирующего воздействия на психику человека (физическое и/или сексуальное насилие, пытки, постоянное нервное перенапряжение, связанное со страхом, унижением, сопереживанием страданиям окружающих и т.п.).⁴³

Для посттравматического синдрома характерно состояние повышенной тревожности, на фоне которого время от времени возникают приступы необычайно ярких воспоминаний травмирующего события. Такие приступы чаще всего развиваются при встрече с триггерами, которые представляют собой раздражители, являющиеся фрагментом воспоминания о травмирующем событии (голос, скрип, запах, звук и т.п.).

С другой стороны, для посттравматического расстройства характерна частичная амнезия, так что пациент не может вспомнить всех деталей травмирующей ситуации.

В силу постоянного нервного перенапряжения и характерных нарушений сна (ночные кошмары, бессонница) со временем у пациентов с посттравматическим синдромом развивается так называемый церебрастенический синдром (комплекс симптомов, свидетельствующих об истощении центральной нервной системы), а также нарушения со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной и других ведущих систем организма.

В зависимости от продолжительности времени протекания, посттравматическое стрессовое расстройство может выражаться в таких формах:

- хронической - только в том случае, когда симптомы сохраняются на протяжении трёх и более месяцев;
- отсроченной - при которой признаки расстройства не проявляются до шести месяцев, после того или иного случая;
- острой - симптомы проявляются сразу же после события и длятся до трёх месяцев.⁴⁴

⁴³ <http://p112.spb.ru/2-uncategorised/229-posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstrojstvo.html>

⁴⁴ <http://p112.spb.ru/2-uncategorised/229-posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstrojstvo.html>

Характерно, что клиническая симптоматика ПТСР, как правило, проявляется спустя определённый латентный период после травмирующего события (от 3 до 18 недель) и сохраняется достаточно длительное время (месяцы, годы, а нередко и десятилетия).

Обычно, симптомы, наблюдающиеся у подвергнувшихся травме лиц, включают эпизоды вспоминания моментов травматического события, в том числе образы, мысли, восприятия и/или повторяющиеся мучительные сны о происшествии. Перенесённая травма или индивидуальная реакция на неё являются наиболее важными признаками в формировании ПТСР, в то время как другие ранее существовавшие факторы, как, например, личностные характеристики, травмы раннего детства, недостаток социальной поддержки, личная история развития и предыдущие медицинские проблемы также могут внести вклад в развитие данного расстройства. Исследования показали, что перенёвшие травмирующие события женщины в целом более подвержены ПТСР нежели мужчины (Сидат с соавт., 2005).⁴⁵

В соответствии с МКБ-10 ВОЗ (ВОЗ, 2010), критерии диагностики ПТСР следующие:

«Возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого. Предрасполагающие факторы, такие, как личностные особенности (компульсивность, астеничность) или нервное заболевание в анамнезе, могут снизить порог для развития синдрома или усугубить его течение, но они никогда не являются необходимыми или достаточными для объяснения его возникновения. Типичные признаки включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях («вспышки памяти»), мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчуждённости от других людей, безотчётности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно

⁴⁵ Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми. Руководство для участников. Душанбе, 2015 г.

имеют место перевозбуждение и выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг и бессонница. С вышеупомянутыми симптомами часто связаны тревожность и депрессия, и не редкостью являются идеи самоубийства. Появлению симптомов расстройства предшествует латентный период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев. Течение расстройства различно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровления. В некоторых случаях состояние может принять хроническое течение на многие годы с возможным переходом в устойчивое изменение личности».⁴⁶

3.4. Критерии определения посттравматических стрессовых расстройств

Если у человека нет возможности разрядить внутреннее напряжение или он не знает, как это сделать, его тело и психика находят способ приспособиться к травме и стрессу. В принципе, в этом и состоит механизм посттравматического стресса. Его симптомы, которые могут выглядеть как психическое отклонение, на самом деле не что иное, как адаптация к стрессу или глубоко укоренившиеся нормы поведения, связанные с экстремальными событиями в прошлом.⁴⁷

Измененная пятая версия Статистического и диагностического пособия по психическим заболеваниям (DSM-5) Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association 2013), приводит следующие критерии ПТСР у взрослых, подростков, детей старше шести лет:

“История переживания травматического события, которое отвечает особым условиям и симптомам каждого из четырех кластеров симптомов: вторжение, избегание, негативные изменения в восприятии и настроении, а также изменения возбуди-

⁴⁶ Диагностический и статистический справочник по психическим расстройствам, 5-е издание (DSM- V). Американская психиатрическая ассоциация, 2013.

⁴⁷ Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва, 2010.

мости и реактивности. Шестой критерий связан с продолжительностью симптомов; седьмой оценивает функциональность; и восьмой поясняет симптомы, которые не относятся ни к сущности, ни к параллельно проявляющемуся заболеванию. Отмечены также две характерные черты - это замедленное выражение и диссоциативный подтип ПТСР, последний из которых недавно внесен в DSM-5. При наличии характерных черт, необходимо соответствие всем диагностическим критериям ПТСР для оправдания применения.

Критерий А: стрессоры

Человек был подвержен: смерти, угрозе смерти, серьезному физическому увечью или его угрозе, сексуальному насилию или его угрозе, как приведено ниже: **(требуется одно)**

Прямое воздействие;

Личное восприятие происшествия;

Косвенное, путем получения информации о том, что близкий друг или родственник был подвержен травме. Если событие включало смерть или угрозу смерти, оно должно быть результатом насилия или несчастного случая;

Повторяющееся или крайне косвенное воздействие деталей происшествия (происшествий), обычно во время выполнения профессиональной деятельности (например, работники служб быстрого реагирования, собирающие части тел; профессионалы, имеющие дело с деталями надругательства над детьми). Это не включает косвенное непрофессиональное воздействие через средства массовой информации, телевизор, кино, или снимки.

Критерий В: симптомы вторжения

Травматическое событие постоянно переживается заново следующим образом **(требуется одно)**:

Повторяющиеся, непроизвольные и навязчивые воспоминания. Примечание: Дети старше шести лет могут испытывать этот симптом в повторяющейся игре;

Травмирующие сны. Примечание: Дети могут видеть страшные сны без содержания, связанного с травмой;

Диссоциативные реакции (например, вспышки памяти), которые могут проявляться в диапазоне от кратких эпизодов до

потери сознания. Примечание: Дети могут заново проигрывать событие во время игры.

Интенсивный или затянувшийся дистресс после воздействия напоминаний о травме;

Выраженная физиологическая реакция после воздействия стимулов, связанных с травмой.

Критерий С: избегание

Постоянные усилия избегать причиняющих страдание стимулов, связанных с травмой после события: **(требуется одно)**

Мысли или чувства, связанные с травмой;

Внешние напоминания, связанные с травмой (например, люди, места, разговоры, мероприятия, объекты или ситуации).

Критерий D: отрицательные изменения в познавательных функциях и настроении.

Отрицательные изменения в познавательных функциях и настроении, которые начались или ухудшились после травмирующего события: **(необходимо два)**

Неспособность вспомнить ключевые моменты травмирующего события (обычно в форме диссоциативной амнезии; не вследствие травмы головы, злоупотребления алкоголем или наркотиками);

Настойчивые отрицательные мысли и ожидания в отношении себя или окружающего мира (например, "Я плохой", "Мир очень опасен");

Постоянное искаженное порицание себя и других в том, что они стали причиной травматического события или его последствий;

Постоянные отрицательные эмоции, связанные с травмой (например, страх, ужас, злость, вина или стыд);

Заметно пониженный интерес к мероприятиям, которые были важны до события;

Чувство отчуждения от окружающих (например, отгороженность или безучастность);

Оглушенный аффект: постоянная неспособность испытывать положительные эмоции.

Критерий E: изменения возбудимости и реактивности.

Изменения возбудимости и реактивности, которые начались или ухудшились после травмы: **(необходимо два)**

Раздражительное или агрессивное поведение;

Саморазрушающее или безрассудное поведение;

Сверхбдительность;

Преувеличенная реакция испуга;

Проблемы с концентрацией;

Нарушение сна

Критерий F: продолжительность.

Сохранение симптомов (Критериев В, С, D, и E) более чем один месяц.

Критерий G: функциональная важность.

Существенный, связанный с симптомами дистресс или функциональное нарушение (например, в социальной, профессиональной сфере).

Критерий H: исключение.

Нарушение, не связанное с приемом медикаментов, психоактивных препаратов или другой болезнью.

Уточнить в случае: с диссоциативными симптомами.

Помимо удовлетворения критериям диагноза, человек испытывает высокий уровень одного из следующих стимулов, связанных с травмой:

Деперсонализация: Ощущение, что человек является внешним наблюдателем и отделен от себя (например, чувство, как будто это происходит не со мной или же происходит во сне).

Дереализация: Ощущение нереальности, дистанции или искажения (например, "все нереально").

Уточнить в случае: с замедленным проявлением.

Полный диагноз не может быть поставлен, по крайней мере, в течение шести месяцев после травмы, хотя проявление симптомов может начаться немедленно.

При посттравматическом стрессовом расстройстве диагностические мероприятия необходимо применять по истечении одного месяца после события, спровоцировавшего психологическую травму. Во время диагностики также учитывается несколько критериев:

1. Какое именно событие произошло;

2. Какова роль пациента в том или ином происшествии – непосредственного участника или же свидетеля;
3. Насколько часто явление повторяется в мыслях пострадавшего;
4. Какие болевые симптомы проявляются;
5. Нарушения со стороны социальной жизни;
6. Степень ощущения страха в момент происшествия;
7. В какое именно время, днём или ночью, всплывают в памяти эпизоды события.
8. Кроме этого, специалисту очень важно определить форму и тип психологического расстройства.

Окончательный диагноз ставиться при присутствии у пациента не менее трёх симптомов. В диагностике также важно отличить данный синдром от других заболеваний, имеющих похожие признаки, в особенности болевые ощущения, например, затяжная депрессия или черепно-мозговые травмы. Главное установить связь между произошедшим событием и состоянием больного.

Диагностические критерии ПТСР, в свою очередь, проявляются в комбинации следующих симптомов:⁴⁸

1. Сверхбдительность (настороженность, неослабное внимание). Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность. Такая настороженность проявляется в виде постоянного физического напряжения, которое не позволяет ни расслабиться, ни работать или отдохнуть и может создать немало проблем.

2. Агрессивность. Переживший травму человек часто склонен применять силовое давление на окружающих, когда хочет добиться своего.

3. Преувеличенное реагирование. При малейшей неожиданности, человек делает стремительные движения (бросается на землю, резко оборачивается и принимает боевую позицию,

⁴⁸ Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Практическое руководство для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики. Бишкек, 2014.

когда кто-то приближается к нему из-за спины; внезапно вздрагивает; бросается бежать; громко кричит и т.д.).

4. *Притупленность эмоций.* Бывают случаи, когда человек полностью или частично утрачивает способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, ему недоступны радость, любовь, творческий подъем, спонтанность. Особенно если травмы касались сексуальности или появились как последствие сексуальных пыток или издевательств.

5. *Приступы ярости,* которые отличаются от приливов умеренного, легко контролируемого гнева.

6. *Нарушения памяти и концентрации внимания.* При определённых обстоятельствах человек испытывает трудности, когда необходимо сосредоточиться или что-то вспомнить, хотя в некоторые моменты, и память, и концентрация внимания могут быть великолепными. Но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как способность сосредоточиться очень быстро исчезает.

7. *Депрессия.* В состоянии посттравматического стресса, депрессия достигает самых темных и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни. Возможно частое и неконтрольное применение лекарств или алкоголя, расстройство аппетита или потеря веса, бессонница или повышенная сонливость, психомоторное возбуждение или заторможенность, усталость и упадок сил, чувство никчёмности и непомерной вины и т.д.

8. *Общая тревожность,* проявляется в виде постоянного беспокойства, страха, озабоченности или даже «параноидных» явлений. В *эмоциональной сфере* общая тревожность проявляется в виде переживаний, постоянное чувство страха, неуверенности в себе, комплекса вины и др. На физиологическом уровне пациенты часто жалуются на хронические боли, ломоту в спине, спазмы желудка, головные и другие боли.

9. *Непрошенные воспоминания* характеризуются тем, что в памяти внезапно всплывают жуткие и спутанные сцены, свя-

занные с травмирующим событием. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Пожалуй, это наиболее важный симптом, дающий право говорить о признаках посттравматического стрессового расстройства.

Непрощенные посттравматические воспоминания сопровождаются сильными чувствами страха и тревоги, как во сне (кошмары), так и наяву. Обычно, но не всегда, эти сновидения связаны с конкретным травмирующим событием и бывают, как правило, двух типов:

- ✓ когда травмирующие события воспроизводятся именно так, как оно запечатлелось в памяти пережившего его человека;

- ✓ во снах второго типа обстановка и персонажи могут быть совершенно иными, но некоторые элементы (лица, ситуации, ощущения) подобны тем, которые встречались в травмирующем событии.

После такого сна, которого часто не помнит, пациент пробуждается с плохим настроением, совершенно разбитым, с напряжёнными мышцами или мокрым от пота. С медицинской точки зрения, ночное выделение пота иногда рассматривают как самостоятельный симптом посттравматического стресса, как реакция на сновидение. Независимо от того, запечатлелось оно в памяти или нет, многие пациенты и их близкие отмечают, что переживший травму во время сна мечется в постели, стонет, плачет или просыпается со сжатыми кулаками, как будто готов к драке.

10. Галлюцинаторные переживания такое состояние, при котором память о случившемся становится сильной и яркой, отодвигая события текущего момента как бы на второй план. В этом «галлюцинаторном», отрешённом состоянии, пациент ведёт себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие: он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему пришлось спасти свою жизнь или пережить нечеловеческие мучения. Часто такие обострения наблюдаются вечером или ночью, а пациенты могут стать опасными для себя и окружающих. По окончании делирия воспоминания сохраня-

ются лишь частично. Днём возможны периоды ясного сознания с критическим отношением к своим переживаниям.

11. Проблемы со сном. Часто пациенты жалуются на такие нарушения сна, как: трудности с засыпанием, очень ранние и внезапные пробуждения или прерывистый сон. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса.

12. Мысли о самоубийстве. Человек часто думает о самоубийстве или планирует какие-либо действия, которые в конечном итоге, должны привести его к смерти.

13. «Вина выжившего» нередко присуще тем, кто со времени травмирующих событий страдает от «эмоциональной опечаленности или глухоты». Таких пациентов мучает чувство вины из-за того, что он выжил в тяжёлых испытаниях, стоивших жизни другим. Сильное чувство вины может провоцировать и приступы самоуничижительного поведения.

Не смотря на то, что симптомы посттравматических стрессовых расстройств сгруппированы в три основные категории (переживания, избегание и «гиперактивность»), типичные симптомы, включающие повторное переживание травмы, вместе с соответствующей физиологической реактивностью, являются те, которые наилучшим образом различают ПТСР от других аффективных состояний или тревожных расстройств.⁴⁹

Таким образом, основные симптомы и ход развития посттравматического стресса могут быть разными, а реакция на стресс - индивидуальным. У некоторых пациентов рефлекс подавления разных чувств очень сильный, поэтому они стараются загонять неприятные ощущения вглубь - туда, где их эмоциональное воздействие ощущается с меньшей интенсивностью. Это, как правило, сопровождается постоянным психическим и физическим напряжением, с включением многих мышц тела. Происходит сильное и неожиданное изменение в психике и в организме человека, пережившего сильную травму, мучения, боль, потери и страдания. Он старается изо всех сил и даже при-

⁴⁹ Foa, E.B., & Riggs, D.S. (1995). Posttraumatic Stress Disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*

вызывает подавлять в себе отрицательные чувства: гнев, ненависть, ревность, ярость, подозрительность, желание отомстить и другие. К сожалению, и к ужасу близких, одновременно с этим, человек теряет и способность испытывать и положительные эмоции: веру, любовь, доброту, дружелюбие или доверие. А ведь именно эти положительные эмоции к себе, к окружающим или к жизни дают человеку желание и силы изменить что-то в себе и в разных ситуациях в своей жизни.⁵⁰

3.5. Факторы, влияющие на тяжесть последствий травмы

Степень тяжести психологических последствий травмирующего события и их продолжительность зависит как минимум от трёх факторов. **Первый фактор** - объективная интенсивность травмирующей ситуации, которая определяется следующими параметрами:

1. Враждебность ситуации.
2. Тяжесть воздействия стрессора.
3. Продолжительность воздействия стрессора.
4. Неопределенность, непредсказуемость ситуации.
5. Неподконтрольность ситуации.
6. Недостаток социальной поддержки.
7. Несовместимость травматического опыта с привычной реальностью.
8. Невозможность рационального объяснения происходящего.

Если травма была относительно лёгкой, то повышенная тревожность и другие симптомы стресса могут постепенно исчезнуть после непродолжительного времени. Если же травма была сильной или травмирующие события повторялись многократно, болезненная реакция может сохраниться на многие годы. **Второй фактор**, определяющий степень травмирующего влияния ситуации, - это субъективная оценка человеком её тяжести. **Третий фактор** - индивидуальная предрасположенность

⁵⁰ Бенджамин Колодзин. Как жить после психической травмы. Психотерапия, Б.Д. Карвасарский, Москва, «Медицина», 1985.

человека к развитию посттравматического стресса и других негативных психологических последствий.

Также выделяют факторы, влияющие на выраженность именно последствий пыток и нечеловеческого обращения. К ним относят:

Характеристики жертв

- **Возраст** - пытки могут иметь более глубокое воздействие на детей, на молодых людей, больше, чем на взрослых.

- **Пол** - в физическом, психическом и социальном отношении, женщины являются более тонкими и чувствительными, чем мужчины. Таким образом, применение пыток оставляет гораздо более очевидные последствия у женщин.

- **Личность** - воздействия пыток может быть ниже у зрелого и адаптированного к различным формам стресса человека, чем у ребёнка или подростка, который имеет возрастные проблемы адаптации.

- **Жизненный опыт** - может помочь жертве лучше справляться с различными деструктивными воздействиями пыток.

- **Социальное прошлое** - последствия могут быть больше и глубже у людей из более обеспеченных социальных слоёв, которые росли в среде полной понимания и любви, не будучи вовлечены в преступную деятельность или конфликты. Для сравнения, последствия могут быть легче у людей, которые имели опыт преступных деяний и которые прожили всю свою жизнь в неопределённости или в неблагоприятных условиях.

Характеристики окружающей среды

- **Семья** - если члены семьи понимают состояние и страдания своих близких и относятся с пониманием и сочувствием, то жертва может легче пережить последствия травмирующих событий.

- **Социальная среда** - если общество воспринимает жертву как террориста, предателя или убийцу, последствия травм и пыток могут усугубляться.

- **Ответная реакция социума (группы)** - если жертва чувствует себя разочарованной тем, что происходит вокруг неё, и ощущает себя как источника проблем, то это может привести

к серьёзным сложностям, которые добавляются к вышеперечисленным последствиям пыток. С другой стороны, если он чувствует себя желанным гостем и принятым другими как лицо, которое противостояло проблемам и боролось в интересах группы, то это будет иметь на жертву положительное влияние.

Лечение и реабилитация помогают свести к минимуму последствия пыток, особенно если выявление жертв и их семей, а также включение в соответствующие программы реабилитации, происходит вскоре или сразу после полученных травм. Все виды лечения и ухода, а также, социально-психологические программы, должны быть начаты одновременно и проведены мульти-дисциплинарной, хорошо обученной командой.

Проблемы с адаптацией в этом периоде выражаются в неадекватном реагировании на окружающее, которое обычно проявляется в двух разных направлениях: человек может показать бравату, агрессивность, расторможенность. Или наоборот, выражает безысходность, апатию, отчуждённость, и т.д. Некоторые из них могут злоупотреблять спиртными напитками, как средством для снижения тревожности и снятия эмоционального напряжения.

Вскоре после острого травматического события человек зачастую вообще не хочет думать и говорить о нем, что на самом деле помогает ему выжить, сосредоточиться на тех действиях, которые необходимо для этого совершить. Однако в целом важно, чтобы человек осмыслил происшедшее и включил этот опыт в свою жизненную историю, пусть и не сразу. Необходимо найти или создать безопасный контекст для рассказывания истории о травмирующем событии - контекст, в котором человек осознает, что для него важно в жизни, какими особыми умениями выживания он обладает, и будет принят слушателями во всей своей полноте: не только как «пострадавший», но и как выживший.

Необходимость осмыслить событие проявляется поначалу в том, что у человека возникают навязчивые мысли о событии, на определённом этапе ему может хотеться всем рассказывать о том, что он пережил. Если люди будут готовы выслушать его внимательно и с сочувствием, смогут задать правильные вопро-

сы, то это будет способствовать исцелению. Но когда люди не хотят слушать «про страшное», отворачиваются, говорят человеку «да что ты все об одном и том же, пора бы уже забыть об этом и двигаться дальше», происходит повторная травматизация, и «на длинной дистанции» состояние человека ухудшается.

Следовательно, во избежание негативных последствий травматизации следует работать не только с жертвой, но и с окружающими его близкими людьми, с которыми он находится в непосредственной постоянной близости.

Глава 4. Интервентивные мероприятия

4.1. Психологическое вмешательство

Во многих случаях вмешательства позволяют устранить кризисные ситуации. В таких случаях специалист работает над экстренными физическими и психологическими потребностями жертвы, для чего может потребоваться предоставление психологической первой помощи, экстренных консультаций или направления в медицинское учреждение для лечения психических расстройств.

В других случаях пострадавшим может потребоваться общая психосоциальная помощь посредством получения консультационных услуг и пребывания в положительной терапевтической среде. Во время лечения значительно уменьшаются признаки стресса - пострадавшие получают новые навыки преодоления травмы и возвращают контроль над своей жизнью. В результате они преодолевают своё чувство неполноценности и эмоции самобичевания, чувство вины, унижения, беспокойства, враждебности, гнева, страха и переходят к более конструктивному отношению к жизни.

Комплексные вмешательства требуют различных подходов на различных этапах.

Психологическое вмешательство направлено на коррекцию состояния, и, как следствие, - поведения. Кризисные ситуации зачастую требуют от человека срочного решения возникших проблем (внезапных или затянувшихся настолько, что привели к кризису). Однако не всегда есть силы и ресурсы для совладания с трудной жизненной ситуацией. Психологическое вмешательство (в случае необходимости, экстренно) можно осуществить, используя методы психологического воздействия, приёмы, техники из психотерапевтических подходов.⁵¹

Предоставление комплексной психосоциальной помощи требует реализации общечеловеческих и профессиональных этических принципов - таких, как конфиденциальность, сохран-

⁵¹ Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ.

ность и безопасность, расширение прав и возможностей, принятие обоснованных решений и безусловная поддержка с постоянным проявлением уважения.⁵²

Вмешательства включают в себя широкий спектр поддерживающих мероприятий, в том числе интервью, предоставление консультативной помощи, вмешательства по телефону, обучение психологической самопомощи, перенаправление, упражнения по релаксации, терапевтические сессии и т.д.

Вмешательство осуществляется в двух направлениях:

1. Экстренная помощь в остром периоде психотравмы. Основными задачами которой являются оценка состояния потерпевшего и симптоматическое лечение без фокусировки на травме и вызвавших её обстоятельствах (нормализация сна, питания, психосоматических проявлений) в целях улучшения психического состояния, предотвращения ауто- и гетероагрессивных действий жертвы. В случае необходимости следует направлять потерпевшего в медицинские учреждения и правоохранительные органы.⁵³

Главное в этот период для специалистов и семьи - создать вокруг жертвы атмосферу присутствия и понимания. В качестве основного метода используется безоценочное слушание. Необходимо давать возможность выговориться и выплакаться, не стараясь, однако, непременно утешать. Не следует постоянно подчёркивать сочувственное отношение, провоцируя у потерпевшего особый статус страдающего человека. Специалист также даёт рекомендации о режиме дня, сна, питания и других деталях, что помогает потерпевшему на первых этапах систематизировать свою жизнь после происшествия.

2. Длительное сопровождение потерпевшего. Основными задачами являются проведение лечения и коррекции, фокусированных на травме и её специфических последствиях.

Выбор психотерапевтических методик зависит от компетенции терапевта и индивидуальных особенностей пациента.

⁵² Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми. Руководство для участников. Душанбе, 2015 г.

⁵³ <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-printipy-okazaniya-mediko-psihologicheskoy-pomoschi-zhertvam-nasiliya>

Объем помощи потерпевшим должен определяться их актуальным психическим состоянием, находящимся в прямой причинно-следственной связи с совершенными в отношении них противоправными действиями. Диагноз должен основываться на клиническом наблюдении и объективных данных. С учётом тяжести перенесённого стресса и высокого риска развития дополнительной психической травматизации, сопровождение и реабилитация пострадавшего должны проводиться одними и теми же специалистами.⁵⁴

Очень важно иметь в виду *продолжительность периода до начала реабилитации* (должен быть как можно короче) и *качества реабилитационных программ*. Таким образом, необходимость в реабилитации лиц, переживших травмы, практически бесспорна.

При психологическом вмешательстве используются различные методы, техники, подходы и отношения в зависимости от особенностей клиента, психологического состояния и установок. Рассмотрим некоторые:

Интервью и оценка психического здоровья, как правило, являются первостепенными и позволяют определить уровень воздействия и потребностей. В то время как у большинства бывших жертв выявляются признаки травматического стресса и, в меньшей степени, признаки кумулятивного стресса. Интервьюирование должно проводиться в тихом и уединённом месте, где клиент может чувствовать себя безопасно, удобно и надёжно. С самого начала специалист, проводящий интервью должен заверить клиента в том, что содержание интервью и переживания, которыми он будет делиться, являются конфиденциальными и не подлежат разглашению. Не рекомендуется делать письменные заметки во время интервью.

Психологическое консультирование - это один из видов психологической помощи в виде предоставления специалистом компетентной информации по запросу для оптимального решения тех или иных жизненных либо личных проблем. Индивидуальное и групповое психологическое консультирование являет-

⁵⁴ <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-printsipy-okazaniya-mediko-psihologicheskoy-pomoschi-zhertvam-nasiliya>

ся одним из самых эффективных видов вмешательства для клиентов со стрессовыми реакциями. Конечной целью консультирования является содействие клиенту в восстановлении самоуважения, расширении его возможностей, возвращении самостоятельности и в стремлении к улучшению собственного благополучия. Задачи консультирования включают предоставление возможностей клиентам дать волю чувствам и поделиться своим травматическими переживаниями, признать трудности, достигнуть когнитивной реструктуризации, повысить знания клиентов о методах преодоления последствий травматических испытаний, а также улучшить их стратегии преодоления, включая принятие решений и решение проблем.

Психическая регуляция и саморегуляция (ПСР) - представляет собой процесс самоуправления, самовоздействия субъекта на своё функциональное состояние и поведение. Это управление своим психоэмоциональным состоянием, которое достигается путём воздействия человека на самого себя с помощью слов, мысленных образов, а также управления мышечным тонусом и дыханием. Приёмы ПСР можно использовать практически в любых ситуациях, в результате которых могут возникать следующие эффекты:

- успокоения (устранение эмоциональной напряжённости);
- восстановления (ослабление проявлений утомления);
- активизации (повышение психофизиологической реактивности).

ПСР является эффективным методом для:

- снижения чрезмерно выраженной нервно-психической напряжённости и эмоциональных переживаний в связи с развитием стресса;
- ускорения процесса восстановления функционального состояния при выраженной психоневротической симптоматике (нарушение сна, высокий уровень тревожности и эмоционального возбуждения, депрессивное состояние и др.);
- повышения эмоциональной и психофизиологической устойчивости организма и психики к воздействию стресс-факторов;

- развития физиологических, личностных, поведенческих ресурсов человека;
- формирования функциональной готовности к адекватному реагированию на экстремальные условия среды и чувства уверенности в успешном преодолении стресса.

К числу ПСР относятся аутогенную тренировку, биологическую обратную связь, медитацию, визуализацию.

Психотерапевтические сеансы - это система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека. Большинство авторов придерживается точки зрения, что лечения (терапии) и реабилитация являются, по своей сути, психотерапевтическими интервенциями. В психотерапии выделяют различные подходы (когнитивно-бихевиоральная психотерапия, психодинамическая терапия, гештальттерапия, психоанализ, гуманистически-экзистенциальная психотерапия и др.) каждый из которых имеет свои техники и методы воздействия.

4.2. Достижение психологической уравновешенности

Эмоциональная уравновешенность, навыки самоорганизации, способность найти повод для оптимизма, самодостаточность и умение адаптироваться к сложным жизненным обстоятельствам являются главными качествами психологического здоровья. Психологическая уравновешенность - это способность человека управлять своими поступками и поведением под воздействием различных по силе и качеству эмоций, адекватно (соответствующим образом) реагировать на различные жизненные обстоятельства, уметь находить друзей и единомышленников, жить в согласии с собой и окружающими.

Для успешного достижения психологической уравновешенности необходим трёхсторонний подход к своей жизни и соблюдение следующих правил:

1) нужно стараться ***предотвращать возникновение новых проблем и конфликтов***. Нет никакой пользы очищать свой ум от существующих комплексов и т.п., в то же время оставляя его открытым и восприимчивым к новым вредным действиям и

впечатлениям. Необходимо делать ум более сильным и легче справляющимся со всеми взлётами и падениями жизни;

2) необходимо *избавляться от осознаваемых проблем*, то есть от тех, которые вы уже знаете и признаете. Избавление в преобладании осуществляется через психолого-психотерапевтических вмешательств, о которых говорилось в предыдущем параграфе;

3) необходимо медленно и постепенно *выявлять и устранять подсознательные проблемы*. Они причиняют вам много боли, несчастья и страдания в жизни, будучи глубоко спрятаны в неисследованных областях ума. Вы можете ощущать последствия этих проблем в виде страха, депрессии или других проявлений, но, в действительности, вы не всегда знаете, что их вызывает. Вы можете считать перенесённую травму, потери, или какие-либо внешние события или других людей основанием последствий, но подлинная причина кроется глубоко в вашем уме. Такие подсознательные проблемы необходимо распознать, а затем устранить.

Иными словами, чем меньше у человека психологических проблем, тем более он способен встречать жизнь спокойно и невозмутимо. Таким образом, эти три категории вместе составляют интегральный подход к обретению покоя и уравновешенности.⁵⁵

Достижение психологической уравновешенности является важным моментом в работе с клиентом, особенно, если у него диагностируется сильное потрясение и травматическое событие. Достижение психологической уравновешенности такое душевное состояние, которое достигается в результате комплекса психологических воздействий, определённых и целенаправленных стараний и этапов преодоления кризисного состояния.

4.3. Расслабляющие техники

Умение расслабляться - важная способность, которая позволяет более продуктивно выполнять ежедневные задачи и до-

⁵⁵ Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва, 2010.

стигать долгосрочных целей. Первое и главное условие качественного расслабления - искреннее желание остановиться и восстановить силы. Техники по расслаблению помогают жертвам в преодолении последствий травмы, в том числе тревоги, бессонницы, беспокойства и других похожих расстройств. К тому же упражнения улучшают чувства личного контроля над собой и своим благополучием. Регулярное занятие упражнениями по расслаблению помогает человеку уделять достаточное внимание процессу выздоровления, а не только своим стрессовым реакциям. Посредством релаксации, покоя и спокойствия пострадавшие думают больше о позитивных сторонах жизни и оставляют размышления о негативном испытании в прошлом.⁵⁶

Расслабление или релаксация представляет собой состояние, противоположное физической деятельности. В той же мере, как важны движения и упражнения, так же важна и релаксация. Это два взаимодополняющих фактора. Отдых является **природным целительным процессом**, а наиболее совершенный отдых приходит к нам во время сна. Сон представляет собой период бессознательности, в котором достигается совершенное расслабление. Исцеляющий и восстанавливающий эффекты имеют свою наибольшую силу именно во время отдыха организма.

Одним из наиболее распространённых техник для расслабления являются **дыхательные упражнения**.⁵⁷

Приведём пару техник:

Полностью и глубоко расслабившись, не открывая глаза, проделайте дыхательное упражнение.

На счёт: 1-2-3-4, делайте медленный глубокий вдох (при этом живот выпячивается вперёд, а грудная клетка неподвижна).

Затем, на следующие четыре счёта, проводится задержка дыхания, и, плавный выдох, на счёт: 1-2-3-4-5-6.

Снова задержка перед следующим вдохом, на счёт: 1-2-3-4. У вас получился один цикл дыхания.

⁵⁶ Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми. Руководство для участников. Душанбе, 2015 г.

⁵⁷ <https://hurma.work/ru/blog/pravila-relaksaczii-effektivnye-tehniki-i-sposoby-snyat-stress/>

Повторите его десять-двенадцать раз.

Дышать необходимо только носом.

Темп счёта должен быть оптимальным – ни слишком медленным и не очень быстрым.

Нормализующий эффект дыхания основан на том, что вдох возбуждает, мобилизует, усиливает мышечное напряжение и сопровождается ощущением прохлады. А выдох успокаивает, рассеивает отрицательные эмоции, помогает расслаблению мышц и сопровождается ощущением тепла, поэтому вдыхайте, произнося про себя слово «спокоен», и выдыхайте, произнося слово «расслаблен».

Правильное дыхание позволяет расслабиться мышцам тела, а сознанию избавиться от напряжённых мыслей.

1. Сядьте поудобнее и начните дышать носом.
2. Закройте глаза. Ваша главная задача сейчас – сконцентрироваться на своём дыхании.
3. Сделайте глубокий и медленный вдох. Вы должны почувствовать лёгкий холодок входящего воздуха.
4. Задержите дыхание на несколько секунд.
5. Спокойно выдохните. Теперь вы уже чувствуете, что выходящий воздух тёплый.
6. Повторяйте эту последовательность действий весь период релаксации.

Как результат, ваше сердцебиение замедляется, а мысли проясняются. Именно поэтому в технике важно концентрироваться только на процессе дыхания. Постоянная практика научит расслабляться в любом месте и в любой позиции.

Следующей наиболее часто используемой техникой является **визуализация**.⁵⁸ Визуализируя впервые, очень трудно полностью погрузиться в это состояние. Но с практикой, эта техника будет даваться быстрее и легче.

⁵⁸ <https://hurma.work/ru/blog/pravila-relaksaczii-effektivnye-tehniki-i-sposoby-snyat-stress/>

Образы, которые мы визуализируем, для нашего подсознания не выдумка, а реальность. Доктор Эдмунд Якобсон, физиолог и психиатр, ещё в начале XX века установил, что визуализация способствует уменьшению напряжения. Это мощный инструмент, который оказывает сильное воздействие на сознание человека. Данная техника проводится следующим образом:

1. Расположитесь в удобной позе. Закройте глаза.
2. Глубоко вдохните и выдохните несколько раз.
3. Вспомните, в каком месте вам комфортнее всего находиться. Это должно быть тихое, спокойное и безопасное место.
4. Держите этот образ в голове и погружайтесь в него все глубже.
5. Детализируйте. Например, если ваше место - берег моря, то представьте его как можно подробнее: шум волн, погода, крики чаек, песчаный пляж.
6. Когда вы понимаете, что вы погрузились уже достаточно глубоко, возвращайтесь в реальность.
7. Открывайте глаза и не забывайте про дыхание.

Расслабление мышц. Американский психотерапевт Александр Лоуэн, создатель метода «Биоэнергетический анализ», путём многолетних исследований доказал, что регулярные чрезмерные эмоциональные нагрузки приводят к хроническому напряжению в мышцах. Именно поэтому важно уметь расслабляться не только психологически, но и физически.⁵⁹ Для этого:

1. Почувствуйте разницу между напряжением и расслаблением: сожмите кулаки как можно сильнее и посчитайте до 10. Расслабьте руку.
2. Далее напрягать и расслаблять мышцы необходимо в зоне предплечий: согните руки в локтях и старайтесь прижать кулаки к плечам.
3. Следом, поработайте с мышцами задней поверхности рук: распрямите руки настолько сильно, насколько сможете.

⁵⁹ <https://hurma.work/ru/blog/pravila-relaksaczii-effektivnye-tehniki-i-sposoby-snyat-stress/>

4. Обратите внимание на свои плечи: поднимите их, как бы дотягиваясь до ушей.
 5. Чтобы размять шею, плавно откиньте голову назад.
 6. Переходим к мышцам лица: представьте себе, будто вы задаёте вопрос и поднимите брови.
 7. Крепко зажмурьте веки.
 8. Разрабатываем челюсть: сожмите зубы.
 9. Постарайтесь дотянуться языком до нёба.
 10. Плотно сожмите губы, превращая их в одну линию.
 11. Переходим от лица к другим частям тела. Чтобы размять грудную мышцу, сделайте глубокий вдох. Немного задержите дыхание.
 12. Напрягите мышцы пресса так, будто-бы вас фотографируют на пляже.
 13. Постарайтесь вытянуть спину и поджать ягодичную мышцу.
 14. И последняя группа мышц: выпрямите ноги и оттяните носки.
- Старайтесь не напрягать мышцы более 10 секунд, а расслабляя их - прислушайтесь к своему телу. Не спешите возвращаться к делам, дайте время расслабленным мышцам вновь вернуться в привычное состояние. Постоянная практика этой техники позволит вам расслаблять каждую группу мышц отдельно и делать это где угодно.

Музыкальная терапия также является одной из техник психотерапии, в которой музыка используется в качестве средства выражения (вместо речи) и назначается терапевтом в зависимости от проблем каждого пациента.

Этим методом можно лечить скрытую агрессию, психические или эмоциональные расстройства (тревогу, депрессию и др.), хроническую боль, артериальную гипертонию, трудности в обучении, а также некоторые блокировки или фобии, общие для многих наших пациентов, пережившие травмы и пытки.

Как правило, музыкальная терапия может иметь две формы:

- **активная** терапия, которая способствует и самовыражению: игра на музыкальных инструментах, пение, сочинение песен, ритмические выполнения движений на звуки музыки и другие занятия.

- **пассивная или восприимчивая** - это выборочное прослушивание музыки, которая может помочь стимулировать творческую энергию или улучшение концентрации и памяти. Такими проблемами, часто сталкиваются и наши пациенты.

Музыка изменяет частоту сердечных сокращений, а путём снижения уровня кортизола (гормон, связанный со стрессом) и освобождения эндорфинов, которые обладают успокаивающими и болеутоляющим свойствами, или вызывающие эйфорию, оказывает благотворное влияние на организм.

Таким образом, музыка может раскрыть эмоции, иногда давно забытых или скрытых, а также оказывать следующие психосоматические воздействия на организм:

- 1) **расслабление:** снижение эмоционального напряжения и негативного эмоционального содержания; повышение терпимости к боли; уменьшение тревоги; седативный эффект и улучшение сна; снижение мышечного тонуса, частоты сердечных сокращений и артериального давления;

- 2) **психическое возбуждение:** музыка способствует увеличению когнитивных функций - памяти и внимания; стимулирует творчество; повышает уверенность в себе; стимулирует инициативы и волю.

Более полного и общего расслабления можно достигать с помощью 3-х важных заданий:

1. Регулярной практики методов расслабления, включая дыхательные упражнения.

2. Изменения своего отношения к жизни в соответствии с ранее описанными правилами.

3. Постепенного устранения психологических проблем. Это циклический процесс, поскольку ум с меньшим количеством проблем способен к более глубокому расслаблению.

Достаточная степень расслабления, даже в течение получаса - необходимое предварительное условие для распознавания внутренних проблем. Поэтому, расслабление, достигаемое с помощью любой техники, имеет первостепенное значение.⁶⁰

⁶⁰ Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва, 2010.

Глубокие состояния расслабления в течение длительных промежутков времени, будь то во время еды, сна, работы или чего угодно другого, становятся возможны только тогда, когда ум достаточно очищен от проблем. Чем больше человек очищает ум, тем более он становится способным расслабляться в любых условиях и при любых невзгодах.

Глава 5. Особенности психосоциальной реабилитации лиц, переживших пытки

5.1. Оптимизация комплексного подхода

Международные документы указывают, что расследование пыток должно включать в себя обращение к медикам, психологам и другим специалистам, профессионально изучающим физические и психические реакции человека, так как юридического опыта часто оказывается недостаточно, чтобы выявить и зафиксировать доказательства пыток.

Стамбульский протокол, определяющий стандарты эффективного расследования случаев пыток, уделяет большое внимание порядку, который касается проведения медицинской экспертизы предполагаемых жертв пыток. Одновременно в этом документе говорится о центральной роли психологической экспертизы. Боль и страдание, причиняемые в ходе пытки, могут «оказать значительное влияние на эмоциональные и поведенческие функции человека», на его способность «осознавать себя частью семьи и общества, человеком, у которого есть мечты, надежды и планы на будущее». Важно отметить, что Стамбульский протокол не сводит роль врачей, психологов и других специалистов к проведению экспертиз. Предполагается, что эти специалисты снабдят следователей общей информацией о пытках и их медицинских и психологических последствиях. Более того, Стамбульский протокол рекомендует, что «жертве, свидетелям, а также членам группы (проводящей расследование) должен обеспечиваться доступ к услугам психологов и консультантов, специально подготовленных для работы с жертвами пыток». Участие психологов и консультантов необходимо для того, чтобы создать оптимальные условия для сбора информации в процессе расследования: наладить контакт между пострадавшими и следователями, подготовить пострадавших к даче подробных объяснений о случившемся и прочее. Кроме того, помощь специалистов помогает следователям избежать не критичного отношения к показаниям предполагаемых жертв, а также

предотвратить вторичную травматизацию участников расследования.

В Конвенции против пыток указано, что жертва пыток должна иметь подкрепляемое правовой санкцией право на справедливую и адекватную компенсацию, включая средства для более полной реабилитации.⁶¹ То есть, на уровне международного договора установлено, что восстановление прав пострадавшего от пыток включает в себя предоставление возможностей для реабилитации. Стандарты восстановления прав пострадавших от пыток получили дальнейшее развитие в международных документах о правах человека, в частности – в Основных принципах и руководящих положениях, касающихся права на правовую защиту и возмещение ущерба для жертв, грубых нарушений международных норм в области прав человека и серьёзных нарушений международного гуманитарного права.⁶²

Согласно Основным принципам, восстановление прав пострадавших должно включать в себя реституцию, компенсацию, реабилитацию, сатисфакцию и гарантии неповторения случившегося. Суть *реституции* - в максимальном восстановлении того положения, в котором находилась жертва до нарушения её прав. Реституция, таким образом, может включать в себя различные правовые и административные меры, например: восстановление свободы, документов, удостоверяющих личность, семейной жизни и гражданства, возвращение на прежнее место жительства, восстановление на работе и пр. Компенсация - это финансовое возмещение за любой поддающийся экономической оценке ущерб, причинённый пыткой, включая физический или психический ущерб, упущенные возможности, в том числе в области трудоустройства, образования и получения социальных льгот, материальный ущерб и упущенную выгоду, в том числе потерю возможности зарабатывать, моральный ущерб, расходы на правовую или экспертную помощь, лекарства и медицинское

⁶¹ Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принята резолюцией 39/46 Генеральной Ассамблеи от 10.12. 1984 года. Статья 13.

⁶² Утверждены Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 21 марта 2006 г. N A/RES/60/147.

обслуживание, а также на услуги психологических и социальных служб. Реабилитация должна включать в себя оказание медицинской и психологической помощи, а также юридических и социальных услуг.

Под *сатисфакцией* подразумевается публичное признание фактов нарушений, привлечение к ответственности виновных, извинения перед пострадавшим и прочие действия. Гарантии не повторения случившегося в меньшей степени ориентированы на самих пострадавших и в большей степени - на общество и государственные институты. Это действия по устранению причин нарушений прав человека и созданию механизмов их обеспечения и защиты.

Таким образом, с точки зрения международно-правовых документов, **восстановление прав пострадавших от пыток представляет собой комплекс взаимосвязанных между собой мер самого разного свойства.** Правовые процедуры являются важным связующим звеном в этом комплексе, но результатом этих процедур должно стать изменение качества жизни пострадавшего: восстановление здоровья, самоуважения, имущественного и социального статуса. Очевидно, что для достижения таких результатов юридические решения должны учитывать информацию не юридического свойства: данные о влиянии пыток на физическое и душевное здоровье пострадавшего. А такие данные могут быть получены только в том случае, если в расследовании пыток, наряду с юристами, принимают участие и другие специалисты.

5.2. Траектория клиента при предоставлении реабилитационных услуг

1. Первичный приём клиента осуществляет кейс-менеджер (социальный работник), который заполняет форму первичного обследования (интервью), собирает информацию о состоянии здоровья, демографические данные, оценивает социальный статус, соответствие мандату проекта. Кейс-менеджер регистрирует клиента в электронной базе (журнале), планирует

визиты со специалистами, участвует в составлении плана по уходу.

2. Психологическое консультирование и оценка проводится всем зарегистрированным клиентам с помощью стандартизированных опросников (уровень тревоги и депрессии, показатели психотравмы). Психологическое консультирование и оценку осуществляет психолог или психотерапевт, который определяет уровень психологического вреда, потребность включения психиатра в план ухода.

3. Визит к врачу общего профиля назначается на основе данных первичного обследования. Врач оценивает связанные с инцидентом степень соматического и физического вреда, состояние общего здоровья и наличие сопутствующих заболеваний. Врач направляет клиента в контрактные медицинские учреждения для медико-лабораторных и инструментальных обследований, также на консультации дополнительных специалистов. Он осуществляет динамическое наблюдение в ходе стабилизации и лечения, следит за процессом приобретения и выдачи медикаментов.

4. Включение психиатра в реабилитационный процесс происходит на основе первичного интервью и по показателям скрининговых тестов. Психиатр на основе клинического интервью ставит диагноз (по МКБ-10 и/или DSM- V) и при необходимости проводит дополнительное тестирование клиническими шкалами (CAPS-5, шкалы депрессии и тревоги Бека или Гамильтона). Психиатр ответственен за процесс приобретения и выдачи психотропных препаратов. Он также определяет требуется ли клиенту специализированное психотерапевтическое вмешательство.

5. Психотерапевт заботится о стабилизации психического состояния клиента, осуществляет индивидуальное или групповое вмешательство. Он применяет как общее вмешательство (психопросвещение, психологическая поддержка, кризисное вмешательство) так и специализированное, фокусированное на различные расстройства (тревога, депрессия, травма, аддикция и т.д) психотерапевтические методики.

6. Сложные случаи выносятся на кейс-конференцию (консилиум), который готовит кейс-менеджер (социальный работник) и в котором участвуют все задействованные в уходе клиента специалисты. Кейс-конференцией руководит медицинский директор Центра (руководитель реабилитации), где происходит обсуждение случая, уточнение диагноза, коррекция плана по уходу. Руководитель реабилитации осуществляет также консультирование и супервизию специалистов, участвующих в реабилитации.

5.3. Базовые принципы реабилитационной работы

Целью реабилитации травмированных пытками или жестокого обращения людей является не только восстановление потерянного здоровья, но и развить их физические и психические функции до оптимального уровня, чтобы можно было качественно жить и вести достойный образ жизни. К сожалению, практически невозможно восстановить всецелое здоровье большинству пострадавших. Тем не менее, государство должно постараться обеспечить им нормальную жизнь. Используя ресурсы государственного здравоохранения, гарантированного социального обеспечения, привлекая общественные организации с имеющимися у них услугами, организовать комплексное лечение пациентам. Необходимо обеспечивать соматическое лечение и психологическую помощь, консультации по правовым вопросам, физиотерапию, социальную поддержку в зависимости от специфических нужд. Важно определить эти специфические нужды, или, в каждом конкретном случае следует говорить о так называемой адресной помощи. Исходя из этих соображений, реабилитация должна представлять собой сложную программу, которая охватывала бы все возникшие проблемы. Имеем в виду, как прямые последствия пережитых пыток и травм, так и косвенные, которые сильно влияют и снижают функциональность человека, на всех уровнях.

Если нет такого специализированного центра вблизи места проживания или нахождения жертвы, то те, которые хотят помочь, стараются создавать вокруг него поддерживающую сеть

из разных профессионалов и людей, заинтересованных в его выздоровлении и социальной реинтеграции.

Эта сеть должна включать врачей, психологов, социальных работников, юристов и, безусловно, людей из близкого окружения - родственники, друзья и коллеги.

Успех любой реабилитационной программы жертв пыток и насилия зависит как от учёта клинико-биологических показателей (физические последствия), так и психосоциальных факторов.

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных целей в каждом конкретном случае, необходимо соблюдение основных принципов реабилитации.⁶³

а. Принцип комплексности подразумевает максимально широкое использование разных методов реабилитации. В целях достижения максимально возможного результата, используют разные методы, включая современные технические средства и устройства компенсации нарушенных функций и способностей, а также признанные методы народной медицины. Поэтому, с целью реализации принципа комплексности, в реабилитации реализуются:

- психологические методы, с целью выработки у пациента мотивации на реабилитацию, преодоления или смягчения нервно-психических нарушений (посттравматических синдромов), коррекции личностных особенностей (если травма и болезнь усугубляет некоторые аномальные индивидуальные особенности человека) и т.д.;

- физические методы: (кинезотерапия, эрготерапия, мануальная и тракционная терапия, массаж, аппаратная физиотерапия, игло-рефлексотерапия, бальнеолечение и др.);

- медикаментозная реабилитация, выступающая при некоторых последствиях (депрессия, тревожные состояния, эпи-

⁶³ Пытки. Психические и Физические последствия пыток; Принципы составления медицинских заключений. Лечение и реабилитация. Международные стандарты врачебной этики и Международные стандарты медицинского обслуживания в тюрьмах. Тбилиси, 2010.

лепсия, сердечнососудистые заболевания, и др.) как один из основных методов реабилитации жертв;

- ортотерапия (средства временной иммобилизации, корсеты и головодержатели, протезы, корригирующие лечебные костюмы, инвалидные кресла и др.);

- реконструктивная хирургия (эндопротезирование суставов и др.);

- психотерапия искусством (арт-терапия) или трудотерапия (как метод восстановления бытовых и профессиональных навыков больного, на фоне положительного психотерапевтического воздействия);

- семейная терапия или «школа пациента и родственников», который представляет собой дешёвый, но и более эффективный метод реабилитации, позволяющий преодолеть тяжёлые психологические последствия травмы, и научиться жить с имеющимися ограничениями в своей жизнедеятельности.

в. Своевременность и раннее начало. Реабилитация должна начинаться сразу же или вскоре после травмы, даже если для этого необходимо требовать прекратить военную службу или сделать перерыв в прохождении военной службы, или другой деятельности. Как можно ранее начало проведения разных мероприятий, которые органически включаются в комплексную реабилитационную программу, должны её дополнить и обогатить. Если пострадавшему угрожает инвалидность, эти мероприятия являются её профилактикой, если инвалидность развивается, они становятся первым этапом борьбы с ней. Принцип своевременности и возможно раннего начала касается как больных с острыми, так и с хроническими последствиями травм и заболеваниями.

Такое раннее начало реабилитационных усилий необходимо в связи с наиболее активно протекающими процессами регенерации и регенерации, а также с постепенным угасанием *реабилитационного потенциала жертвы*. Необходимо учитывать и перестройку его отношений со всеми из его окружения, с привыканием и «вживанием» в инвалидность или виктимизацию, с

появлением и проявлением *комплекса жертвы*⁶⁴, ослабления мотивации на ре-адаптацию и развития других посттравматических последствий. Практика показывает, что привлечь жертву к реабилитации в поздние сроки после травмы очень трудно. А положительные результаты приходят также с трудом и очень медленно.

с. Принцип ступенчатости (этапности) подразумевает оказание реабилитационной помощи жертве на протяжении довольно длительного периода времени. Это связано с тем, что переходя от острой фазы заболевания к подострой, и затем к хронической, последовательно, пациент должен получать соответствующую реабилитационную помощь. Тут необходимо вспомнить и фазы реакции на стресс, которые отличаются между собой и нуждаются в определённом подходе.

д. Индивидуальность реабилитационных мероприятий. То есть, в каждом конкретном случае, должны учитываться все особенности данного пациента. Учитываются и анализируются все детали в медицинском, профессиональном, социальном или бытовом плане, и в зависимости от этого должна составляться индивидуальная программа реабилитации.

Необходимо выявлять и анализировать различия в поведении и нравах пациента, его условия жизни и работы, характер последствий и течение процесса болезни. У разных людей они неповторимы, поэтому и реабилитационные программы для каждого, пережившего пытки и нечеловеческое обращение, должны быть строго индивидуальны.

Этот принцип реализуется с помощью составления индивидуальной программы реабилитации жертвы, которая ориентирована на конкретную личность, с учётом особенностей последствий пережитых травм, степени выраженности проблем и огра-

⁶⁴ «Комплекс жертвы», заключается в полном самоотречении человека в служении окружающим и одновременном проявлении агрессии к этим людям. Подверженный комплексу жертвы человек не видит иного способа получения любви и внимания окружающих кроме, самозабвенной заботы о них (что происходит из чувства вины), но в то же время склонен винить их в своём «жесточенном» положении.

ничений жизнедеятельности, в том числе утраты трудоспособности.

Большое значение в разработке программы реабилитации имеют также семейное и социальное положение жертвы, его профессия, возраст и т.д. Это необходимо всегда учитывать, и нужно ориентировать пациента, и его близких на достижение конкретных результатов по окончании данной программы реабилитации.

е. Непрерывность реабилитации является краеугольным камнем в достижении эффективности реабилитационных мероприятий. Постепенное излечение и возвращение жертвы к нормальной жизни и трудовой деятельности происходит за счет непрерывности проведения реабилитации. Таким же образом достигаются предотвращение инвалидности, уменьшение тяжести посттравматических последствий и снижение затрат на длительное материальное обеспечение.

Учиться дальше или работать пациент должен начать сразу по окончании курса профессиональной реабилитации. В противном случае, он привыкает к постоянной внешней помощи и к своему статусу «жертвы», а его психика пострадает из-за разных проблем и комплексов.

ф. Последовательность. Реализация индивидуальной программы реабилитации жертв должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий. Это должно способствовать идентификации всех проблем, связанных с полученными травмами - юридических, социальных, психологических и медицинских. Последовательно проводятся своевременная диагностика, с обследованием и медицинским документированием последствий пыток и нечеловеческого обращения, а также их максимальная ликвидация с дальнейшей интеграцией реабилитированных жертв в семью и общество.

г. Преемственность. Для успешного проведения реабилитации и достижения запланированного результата должна соблюдаться преемственность как в отдельных этапах медицинской реабилитации - стационарный, амбулаторный или санаторный период лечения, так и во всех аспектах единого реабилита-

ционного процесса - медицинская, психологическая, юридическая и социальная реабилитация.

h. Активное участие пациента в реабилитационной программе. Из нашей практики соучастие пациента является основой успешного выполнения индивидуальной программы реабилитации и достижения поставленной цели. Разъяснение целей и задач реабилитационной программы, сущности реабилитационных мероприятий, их последовательности, механизма действия и т.д. существенно помогает привлечь пациента к активному сотрудничеству в борьбе с последствиями травмы.

Положительная установка на учёбу, на труд, на искусство, на выздоровление, на возвращение в семью и общество зачастую является решающим фактором достижения успеха. Пациент должен понимать, что реабилитация - это длительный процесс. А успешность в достижении цели зависит от взаимного доверия среди всех участников выполнения программы реабилитации: как от его самого, так и от медицинского персонала, социальных работников и родственников.

i. Создание атмосферы заботы, психологической поддержки со стороны семьи, близких и общества в целом, с изменением их отношения к жертвам, в положительную сторону.

Учитывая всё вышеизложенное, можно сформулировать следующие **положения и рекомендации:**

Реабилитационный сервис основан на *био-психосоциальной модели*, что подразумевает комплексное вмешательство на всех уровнях жизнедеятельности индивида: на биологическом, психологическом и социальном уровнях. Вред, нанесённый в результате пытки или жестокого обращения отражается на всех этих уровнях функционирования человека и требует комплексного видения проблем здоровья.

Реабилитационный подход основан на восстановлении от психотравмы, которая наличествует у всех пострадавших в клинических или субклинических формах. Кроме этого реабилитация охватывает восстановление физического здоровья (от нанесённых телесных увечий или ущерба физическому здоровью) и социального благополучия.

Для осуществления реабилитационных задач задействована *мульти-дисциплинарная команда*, состоящая из специалистов, прошедших специальное обучение работы с травмированным контингентом, в частности: *врач-психиатр, врач общего профиля, психолог, психотерапевт, социальный работник, юрист-правозащитник*. Это положение ещё раз подтверждает многогранность и комплексность реабилитации как таковой, поскольку достижение цели в каждом конкретном случае предполагает участие в едином реабилитационном процессе не только врачей, но и других специалистов, помогающих вернуть пациента к максимально полноценной жизни, близкой к тому, что была до травмы. Однако, неперенным условием достижения цели всегда остаётся положительная установка жертвы на преодоление проблем, на улучшение состояния, на выздоровление, на (ре-) интеграцию в семью и общество, на возвращение к учёбе, к труду и т.д., в зависимости от конкретного случая.

Решающая роль в реабилитации принадлежит терапевту (психотерапевту), хотя его роль на отдельных этапах выполнения индивидуальной программы реабилитации может меняться. Этот тезис ещё раз подчёркивает важность такого основного принципа реабилитации, как «комплексность». Ведь помимо врачей, в составлении программы реабилитации участвуют и многие другие специалисты. Более того, в ходе выполнения программы реабилитации на первое место могут выходить услуги, предоставляемые юристами, психологами, социологами и др.

Для лечения и медицинского документирования, ***пациенты должны посещать клинические учреждения различного профиля***: кардиологического, онкологического, неврологического, травматологического и т.д. Для того чтобы уменьшить страх и недоверие жертв к таким учреждениям, а также для того чтобы иметь возможность кооперировать с врачами в интересах пациентов, нужно развивать коллегиальные и профессиональные связи, подписывая контракты для сотрудничества. Медицинский персонал из этих государственных или частных учреждений, могут быть приглашены на специальные тренинги и семинары по тематике близкой к цели реабилитации. Фактически, они должны понять, что жертвы пыток и нечеловеческого обраще-

ния - это **отдельная группа пациентов**, со своими нуждами и проблемами.

Необходимо использовать на практике рекомендации Стамбульского Протокола⁶⁵, касающиеся работы с такими пациентами и медицинского документирования. В нём указаны также основные диагностические тесты, которые нужно использовать при тех или иных последствиях пыток и травм (глава 5 и 6-я). Эта информация очень полезна не только для медицинских работников, но также для других профессионалов, которые вовлечены в программы по реабилитации жертв пыток.

Таким образом, необходимо запомнить, что соблюдение основных принципов реабилитации способствует приобщению жертвы к учёбе, к труду, к новой деятельности, к новому образу жизни и его максимальной интеграции в общество. Только соблюдение вышеперечисленных основных принципов реабилитации, позволяет рассчитывать на максимально возможное восстановление жертвы, на ликвидацию или уменьшение ограничений жизнедеятельности, на снижение тяжести и сложности посттравматических последствий или на предотвращение инвалидности.

5.4. Основные этапы в программе реабилитации

В реабилитационных программах, на всех этапах, предусматривается обращение к личности пациента, а также, сочетание биологических и психосоциальных форм лечебного воздействия.

Таким образом, в процессе реабилитации, можем выделить и планировать три основных этапа:

I. *Восстановительная терапия.* Основными задачами этого этапа являются психологическая и физиологическая подготовка пациента к началу активного лечения и проведение мероприятий, предупреждающих развитие дефектов функций, ин-

⁶⁵ Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульский протокол), 9 августа 1999.

валидности, а также устранение или уменьшение посттравматических последствий.

Начальный период реабилитационной программы рассчитан на постепенный вывод сознания жертв из вовлеченности в стрессовую ситуацию или травму. Необходимо проконсультировать пациента у психоневролога или других специалистов, с целью назначения в случае необходимости лекарственных препаратов для лечения тревожности, депрессии, страха и других состояний.

Для этого периода характерно наличие значительного уровня психической и физической энергии, высоко-стимулированной травмой и стрессами. Весь этот потенциал нуждается в реализации. Иными словами, накопленная энергия должна иметь выход. С этой целью рекомендуется организовать занятия, требующие физической нагрузки, которые, однако, не должны превышать объема общей нагрузки, предусмотренной для данного возраста и состояния.

В этом периоде, с целью адекватного документирования случаев и своевременного выявления у них признаков непосредственных посттравматических психических расстройств, необходимо диагностировать психическое состояние жертв методом наблюдения и тестирования.⁶⁶

Такие расстройства могут проявляться следующими внешними признаками:

- изменение привычного стереотипа поведения на прямо противоположный тип: ранее общительный и активный парень становится замкнутым, нелюдимым, тяготеет к уединению; или наоборот, ранее замкнутый и выдержанный, проявляет не характерную для него подвижность, общительность, разговорчивость, или может иметь частое беспричинное веселье;
- повышенная раздражительность, переходящая в открытую агрессивность с истерическими признаками; слезливость, часто приходящая на смену агрессии;

⁶⁶ Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва, 2010.

- своеобразная «выключенность» личности, отрешённость от всего происходящего вокруг, частая и долгая статичность позы, фиксированность взгляда, потеря интереса к жизни, безразличие к своим близким или товарищам, к их занятиям; отсутствие собственных интересов и занятий.

Пациенты с подобными признаками, нуждаются в оказании медико-психологической помощи, а также - в специальных мероприятиях психокоррекции и психотерапии. Первая необходимая помощь может заключаться в назначении необходимых лекарственных средств, а также в проявлении к ним участия, заботы и заинтересованности их переживаниями.

В индивидуальных беседах с этими пациентами, следует дать им возможность высказать все наболевшее, внимательно и заинтересованно их выслушать.

Медикаментозное лечение должно проводиться только под контролем врача специалиста, и совершенно недопустимо самолечение или длительное применение тех или иных препаратов, особенно если они способны вызвать привыкание.

II. *Реадаптация* имеет следующие задачи: приспособление жертвы к условиям внешней (микро- и макросоциальной) среды и характеризуется наращиванием объёма всех восстановительных мероприятий, увеличением объёма психосоциальных воздействий.

На этом этапе реабилитации целесообразно разъяснить пациенту (и его родственникам), что с ним происходит и что это временные переживания, которые присущи всем, кто пережил трудную ситуацию, нечеловеческое обращение или травму в виде пытки.

Кроме того, важно сформировать у этих пациентов уверенность в поддержке со стороны. Пациент должен знать, что его понимают, и мы всегда готовы прийти на помощь. Самое главное - не допустить, чтобы человека одолело чувство одиночества.

Характерным явлением реакций человека на крайние стрессовые ситуации, какими и являются пытки, является его повышенная тяга к спиртному и наркотикам. Особенно это свойственно жертве при отсутствии какого-либо занятия, физиче-

ской работы, хорошо и интересно организованного отдыха, музыкальных и других форм досуга. Если подобные факты будут иметь место, то предпринятые по отношению к пациенту меры воздействия не должны быть излишне жёсткими и строгими. Прежде всего, **необходимо разъяснить опасность употребления алкоголя и наркотиков, именно в этой ситуации**, поскольку алкогольная и наркотическая зависимость в период пост - стрессовых реакций может стать необратимой и привести к трагедии.

Диагностика психических состояний и уровня нервно-психической деятельности, проводимая психологами и психиатрами, должна стать основным содержанием работы в ходе медицинского обследования. Особое внимание следует уделить проведению бесед - как групповых, так и индивидуальных, в ходе которых необходимо сориентировать пациентов в проблемах, возникающих в процессе их реадaptации к обычным условиям жизнедеятельности. Также, необходимо говорить о психологических особенностях этого периода и дать им понять, что это вполне естественный процесс, который позволит, в конечном счёте, обрести душевное равновесие и психологический комфорт. Их отсутствие в настоящее время не является чем-то из ряда вон выходящим и не должно вызывать тревог и опасений за своё будущее.

III. **Реабилитация**, в прямом смысле этого слова. *Задачи этого этапа:* бытовое приспособление, снижающее или исключаящее зависимость от окружающих, восстановление здоровья, социального и по возможности, трудового статуса, до того уровня, который был до травмы.

Этот этап психосоциальной реабилитации должен иметь в своей основе комплекс мероприятий по формированию поддержки жертвы, как в сфере социально-правовых отношений, так и в сфере общественной психологии и морально-нравственных отношений. Иными словами, следует помочь реализовать потребность этих людей в общественном признании и поддержки. Этот период реабилитации чреват возникновением конфликтов вокруг жертвы. Возникающее раздражение по поводу равных себе людей, но не переживших того, что пришлось

пережить ему, зачастую вызывает агрессию. Поэтому, для участия в реабилитационных мероприятиях, рекомендуется привлечь родителей, родственников, членов семьи или других близких к жертве людей. Здесь необходимо проявить достаточно такта и понимания их психологической привязанности к своим близким, которые сильно изменились после травмы.

Однако, в этот период основные усилия реабилитации должны быть сосредоточены на медицинских осмотрах и на специальных мероприятиях психотерапевтического характера, на психодиагностике, на психофизиологическом обследовании, и на работе по психорегуляции и психокоррекции.

В первую очередь, в поле пристального внимания специалистов должны попасть жертвы с явными признаками острых посттравматических реакций, которые у них наблюдались вскоре после травмы. Но необходимо иметь в виду, что практически у любого пациента, эти реакции могут иметь запоздалый характер и могут проявиться через значительный период времени после получения психической травмы.

Глава 6. Работа с семьями

6.1. Поддержка семьи - ресурс, в преодолении травматического прошлого

Значимая роль в реадaptации пострадавших от насилия в обществе должна отводиться работе с родственниками и ближайшим окружением. Целесообразно не только информировать последних о структуре, динамике, вариантах течения психических расстройств, но и уделять особое внимание их взаимодействию с пострадавшими. На этапе судебно-следственных действий потерпевшим необходимо особое внимание, присутствие рядом понимающих и сочувствующих людей. Важно потенцировать членов семьи не оставлять человека наедине с его переживаниями. Объяснить, что выражать свою заботу и внимание возможно через прикосновения - наиболее эффективное выражение участия, когда слова бессильны. В этот период даже простое пожатие руки лучше, чем холодная изоляция. При этом надо помнить, что человек всегда вправе не принять «руку», также, как и другое участие, но предлагать помощь необходимо.

Обстановка в семье и семейные отношения оказывают важнейшее влияние на психологическое состояние человека и могут выступить в качестве ресурса, который в состоянии удовлетворить базовые потребности человека. Поэтому работу с семьями следует организовать практически во всех случаях.

Специалисты предлагают ряд рекомендаций, использование которых может лучше помочь в эффективной поддержке семьи и близких людей жертвы в преодолении травматического опыта:

1. Говорите с ним, выбрав подходящий момент, особенно когда он этого хочет.

Чтобы быть в курсе происходящего с ним, возможно, вам придется приложить усилия. Близкий вам человек может беспокоиться, что его все будут избегать, если расскажет о своих проблемах или переживаниях. Он может не доверять друзьям или родственникам, или может опасаться, что отношения с ними испортятся, как возможно было у других людей с подобными проблемами. Вероятно, ему нужна будет определённое время, чтобы убедиться, что разговор с другом или родственником -

первый шаг к облегчению и решению его проблемы. Очень важно дать ему выговориться и поделиться своими переживаниями, связанные с пережитыми пытками и травмами, особенно при моральной поддержке близкого и любимого человека.

Старайтесь придерживаться следующих правил:

- ✓ Если вы хотите убедить человека обратиться за профессиональной помощью к психологу или психотерапевту - нужно продумать, что и каким образом вы собираетесь ему сказать.

- ✓ Будьте внимательным слушателем. Прежде чем ответить человеку своими словами, попытайтесь проговорить его словами то, что он вам только что сообщил. Это поможет вам дать человеку почувствовать, что вы о нем заботитесь.

- ✓ В кризисные периоды люди могут быть очень уязвимы, легкоранимы и воспринимают все в негативном свете. Не забывайте об их чувствах. Будьте осторожны в своих высказываниях.

2. Узнайте о его проблеме как можно больше, чтобы понимать, что происходит с близким вам человеком. Для решения ряда проблем необходимо обладать знаниями, которые можно получить лишь при чтении специальной литературы. Можно найти много полезной информации, как в сети Интернет, так и в книгах. В данном Руководстве вы найдёте некоторые рекомендуемые книги или ссылки на соответствующие страницы из интернета, как по ходу текста, так и в конце - в списке литературы.

3. Не обещайте того, что вероятно, вы не сможете выполнить. Человек, испытывающий неудачи в жизни, особенно чувствителен к невыполнению обязательств со стороны близких. Помните, что предлагая помощь, вы берете на себя большой груз и ответственность. Сопроводите его на встречу с психотерапевтом и, если он позволит, расскажите психотерапевту своё видение в данной ситуации. Люди, страдающие депрессией, часто забывают подробности развития этого состояния и не могут объективно оценить, что с ними происходит. Ваше участие позволит точно разобраться в такой ситуации. Вовлекайте близкого вам человека в занятия, которые ранее приносили ему радость, чтобы «растормозить» его. Но не слишком настаивайте на это - у него может быть недостаточно сил в данный момент. Если человек страдающий депрессией, уже проходит психотерапию или лечение лекарствами - поддержите его, он в этом

нуждается. Поддерживайте его реалистичные ожидания от психотерапии. Избавление от депрессии или значительное улучшение состояния может наступить только через несколько сеансов или недель после приёма лекарств. Очень важно не бросать занятия и лечение, не терять надежду и быть терпеливым.

4. Не забудьте заботиться и о себе, чтобы иметь возможность заботиться о близком вам человеке. Для этого необходимо регулярное питание, физическая зарядка и отдых. Некоторые рекомендации:

- ✓ Помогите своему близкому человеку стать ответственным за дела, которые он сможет решать. Он должен чувствовать себя полезным и нужным.

- ✓ Распределите обязанности и с другими родственниками или друзьями, если это необходимо.

- ✓ Обязательно отвлекайтесь и не позволяйте проблемам затянуть и вас. Развивайте хобби, выращивайте цветы, совершайте прогулки, организуйте совместные праздники, встречи, чаепития и пр.

- ✓ Поставьте границы. Вы не должны быть готовы помогать 24 часа в сутки.

- ✓ Помните, что вы не одни. Если вы чувствуете, что не справляетесь - обратитесь за помощью к своим друзьям и близким. Не бойтесь обращаться за консультацией к специалистам.

Поддержите родственника или друга, страдающего депрессией, не позволяя ему дома или на работе, брать на себя сразу ту же нагрузку, как до возникновения депрессии. Релаксация и разгрузка необходима для достижения стойкого эффекта.

Старайтесь содействовать в оказании психологической помощи, чтобы близкий человек вернулся в нормальную, привычную жизнь. Важным моментом является проявление внимания и терпения к проблемам близкого, которые неизбежно возникают в результате травмы и стресса, к его психологическому дискомфорту, к повышенной раздражительности, к возможному длительному депрессивному состоянию и т.п. Возвращение к привычной совместной жизни может протекать не без осложнений, и в этом необходимо проявить понимание и терпение.

Важно и необходимо объяснять родственникам и о противоположном проявлении чрезмерной опеки.

Следует быть готовым к действиям в непредвиденных обстоятельствах и непредсказуемых ситуативных реакциях. В случае резкого ухудшения состояния или если близкий вам человек высказывает мысли о смерти или о самоубийстве - немедленно обратитесь к врачу, не оставляйте его одного.

6.2. Психологическая помощь членам семей жертв пыток

Опыт специалистов и центров, работающих с жертвами пыток или нечеловеческого обращения, показывает, что участие в событиях, связанных с риском для жизни, травматическим образом действует на психическое здоровье и состояние не только непосредственных участников, но и их семей, а также всего общества в целом. Особое место в общей системе работы по психосоциальной реабилитации жертв пыток и нечеловеческого обращения занимает работа с семьями.

Работа с семьёй является важным компонентом лечения с самого начала реабилитации потерпевшего. Проведение курса краткосрочной семейной терапии возможно на всех этапах (исключение составляют случаи, когда это объективно невозможно: пожилые, далеко проживающие родители; родители-правонарушители и т.п.).

Родственники жертв составляют особо незащищённую для стрессовых расстройств группу, которая мало описана в научной литературе и требует повышенного внимания со стороны психологов, психотерапевтов и психиатров.

При предоставлении психологической помощи следует принимать во внимание статус и роль члена семьи для жертвы. Данный параметр может дать информацию про эффективный ресурс, который можно использовать при работе как с жертвой, так и с членами семьи. Реабилитационные мероприятия должны проводиться не только с самим потерпевшим, но и с его ближайшими родственниками, с которыми он находится в тесном контакте. Вышеописанные интервентивные мероприятия и релаксационные техники, соответственно, могут взяться за основу при работе с близкими и с членами семей жертв.

Приложения

Приложение 1. Документирование реабилитационных услуг.

ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ (ИНТЕРВЬЮ) КЛИЕНТА

Дата переадресации клиента: ____/____/____

Дата обследования клиента: ____/____/____

Социальный работник: _____

1. Демографические данные:

1.1. ФИО клиента _____

1.2. Пол: ☐ женский ☐ мужской

1.3. Дата рождения: ____/____/____

1.4. Контактная информация: _____

1.5. Фактический адрес: _____

1.6. Юридический адрес: _____

1.7. Национальность: _____

1.8. Гражданство: _____

1.9. Дата задержания/ареста: _____

1.10. Дата освобождения: _____

1.11. Реферальный орган: _____

2. Социальное положение:

2.1. Социальный статус:

☐ ВПЛ ☐ беженец ☐ местный ☐ социально уязвимый
☐ другой _____

2.2. Семейное положение:

☐ холост ☐ женат/замужем
☐ разведён ☐ вдов(а)

Тип брака:

☐ зарегистрированный ☐ незарегистрированный

Дополнительная информация: _____

2.5 Сеть социальной поддержки _____

№	ФИО	Возраст	Связь с клиентом	Контактная информация
1				
2				
3				
4				
5				

2.6. Бытовые и материальные условия _____

2.8. Получение социальной помощи:

☐ да ☐ нет

в случае положительного ответа, уточните

Образование и профессиональные навыки:

2.9. Образование:

☐ начальная школа ☐ средняя школа

☐ высшая ☐ профучилище ☐ другое _____

2.10. Специализация/профессия: _____

Дополнительная информация: _____

Опыт работы: _____

Дополнительная информация: _____

Информация о состоянии здоровья:

1. Думаете ли Вы, что перенесенный опыт принес проблему(ы) со здоровьем (социальную, психологическую, медицинскую), которых не было до заключения (инцидента)?

1. ☐ да 2. ☐ нет

2. Состояние здоровья:

☐ Лицо с ограниченными возможностями ☐ Практ. здоровый

Дополнительная информация: _____

a. Актуальное состояние здоровья _____

Получает медицинские услуги (*состоит или нет на учете в медицинском учреждении, провидит или нет медицинские обследования*) _____

Медикаментозное лечение _____

Зависимость от вредных веществ (алкоголь, наркотики)

☐ да ☐ нет

☐ да ☐ нет☐ да ☐ нет

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

100

- ✓ нанесение тупых травм, например, удары кулаком, ногой, пощёчины, порка, избивание электрическим проводом или дубинками или сбивание с ног;
- ✓ пытка положением, при которой используются подвешивание, растягивание конечностей, длительная иммобилизация, принуждение к пребыванию в определённом положении;
- ✓ причинение ожогов сигаретами, раскалёнными инструментами, кипящей жидкостью или каким-либо едким веществом;
- ✓ электрошок;
- ✓ асфиксия, например, использование «влажных» и «сухих» методов, погружение в воду с головой, удушение, удушение или использование химических веществ;
- ✓ нанесение размождений, например, в результате сильного удара по пальцам или использования тяжёлого предмета цилиндрической формы для причинения травм бёдер или спины;
- ✓ нанесение проникающих травм, например, колотых или огнестрельных ран, вколачивание иголок под ногти;
- ✓ применение химических свойств соли, жгучего перца, бензина и т.д. (на ранах или в полостях тела);
- ✓ сексуальное насилие с повреждением половых органов, сексуальные посягательства, использование различных предметов, изнасилование;
- ✓ разможнение или травмирующее удаление пальцев или конечностей;
- ✓ медицинская ампутация пальцев или конечностей, удаление органов хирургическим путём;
- ✓ фармакологическая пытка с использованием токсичных доз седативных, нейролептических или паралитических препаратов и т. д.;
- ✓ условия содержания под стражей, например, ограниченная по площади или переполненная камера, одиночное заключение, антисанитарные условия, отсутствие доступа в туалет, нерегулярное питание или заражённая пища и вода,

последствиях заранее предупредить клиента и спросить готов ли он на этом этапе говорить на «болезненную» тему.

- воздействие экстремальных температур, отказ в праве на уединение и принудительная нагота;
- ✓ лишение нормальной сенсорной стимуляции, например звуков, света, чувства времени, изоляция, манипуляции с яркостью освещения в камере, лишение возможности удовлетворения физиологических потребностей, лишение сна нормальной продолжительности, пищи, воды, доступа в туалет, возможности помыться, двигательной активности, медицинской помощи, социальных контактов, изоляция внутри тюрьмы, лишение контактов с внешним миром (жертвы часто содержатся в одиночных камерах для предотвращения установления связей и обмена информацией между заключёнными, а также для содействия возникновению патологической симпатии к лицам, применяющим пытки);
 - ✓ унижение, например, словесные оскорбления, принуждение к совершению унижающих человека действий;
 - ✓ угрозы смерти, причинения вреда членам семьи, продолжения пыток, тюремного заключения, имитация казни;
 - ✓ угрозы нападения животных, например, собак, кошек, крыс или скорпионов;
 - ✓ психологические методы подавления воли личности, когда человек принуждается к предательству, вынужден осознать свою беспомощность, помещаться в двусмысленные ситуации или получает противоречивые сообщения;
 - ✓ насилие над поведением, такое как вынуждение к совершению действий, противоречащих религии личности (например, принуждение мусульман к тому, чтобы есть свинину), принуждение с помощью пыток или других актов насилия к причинению вреда другим, принуждение к уничтожению имущества, принуждение к предательству, в результате которого другие люди подвергаются опасности;
 - ✓ вынуждение к присутствию при пытках или злодеяниях в отношении других лиц.

Заключение социального работника/рекомендация:

Приложение 2. Психодиагностические тесты.

Каждый зарегистрированный клиент проходит психологическое тестирование на наличие симптомов тревоги, депрессии и признаков травмы. Для этого применяется батарея обязательных (т.н. скрининговых) кратких тестов, которые достаточны для эпидемиологических исследовательских целей. Для определения уровня тревоги применяется соответствующий DSM-V. Короткий опросник эмоционального дистресса - тревоги для взрослых (Patient Reported Outcomes Measurement Information System PROMIS) На сегодняшний день во всем мире применяется и старый, соответствующий DSM-IV опросник GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Assessment).

Опросник ГТР-7 (GAD-7)

п/п	Как часто Вы замечали за собой в течение последних двух недель следующее?	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины дней	Практически каждый день
1.	Нервозность или тревожность, чувство, что Вы «на пределе»	0	1	2	3
2.	Неспособность остановить или контролировать беспокойство	0	1	2	3
3.	Слишком сильное беспокойство о разных вещах	0	1	2	3
4.	Вы не можете расслабиться	0	1	2	3
5.	Суетливость, Вам трудно оставаться на месте	0	1	2	3
6.	Вы легко раздражаетесь	0	1	2	3
7.	Опасение того, что может случиться что-то ужасное	0	1	2	3
Общее количество баллов		=__	+__	+__	+__
Примечания: адаптировано согласно Amy B. Locke et al., Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder in					

Adults (2015; 91(9):617-624). Общий балл для семи позиций составляет от 0 до 21. Суммы в 5,10,15 баллов являются границей для легкой, средней и тяжелой тревоги соответственно. Хотя ГТР-7 первоначально разрабатывался для выявления и оценки степени тяжести ГТР, он также эффективен для ПР, социального тревожного расстройства, социофобий и пост-травматического стрессового расстройства. В этих случаях рекомендуемый балл для дальнейшего обследования составляет 10 и более.

Для диагностики уровня депрессии рекомендуем краткий опросник из анкеты состояния здоровья (Patient Health Questionnaire PHQ-9), который соответствует как DSM- V так и DSM-IV.

ОПРОСНИК ДЕПРЕССИИ АНКЕТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ (PHQ-9)

Пациента просят ответить на вопросы: «Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних двух недель». Каждый вопрос имеет четыре возможных ответов и оценку:

- Не каждый день (0 баллов),
- Несколько дней (1 балл),
- Более чем в половине дней (2 балла),
- Почти каждый день (3 балла).

В последние две недели, вы испытывали:

1. Отсутствие интереса к происходящим событиям?
2. Безразличие, подавленность?
3. Проблемы с засыпанием, бессонница, наоборот спали слишком много?
4. Чувство усталости или упадок сил?
5. Отсутствие аппетита или переедание?
6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью?
7. Трудно сосредоточиться на чтение или просмотре телевизора?
8. Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно?
9. Мысли о самоубийстве, или причинении себе вреда?

Интерпретация результатов

- | | |
|-------|--------------------------|
| 1–4 | Минимальная депрессия |
| 5–9 | Лёгкая депрессия |
| 10–14 | Умеренная депрессия |
| 15–19 | Тяжёлая депрессия |
| 20–27 | Крайне тяжёлая депрессия |

ОПРОСНИК ПРОАКТИВНОЕ СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИ (PCL-5)

ИНСТРУКЦИЯ: Сейчас я прочитаю список проблем, которые иногда возникают у людей в ответ на очень стрессовый опыт. Думая о Вашем самом тяжёлом событии, пожалуйста, послушайте каждую проблему внимательно, а затем выберите один из ответов на карточке, который соответствует тому, насколько Вас беспокоила эта проблема в прошлом месяце. В течение последнего месяца насколько сильно Вас беспокоили:

№	За прошлый месяц, как сильно вас беспокоило следующее:	Нисколько	Немного	Умеренно	Довольно сильно	Чрезвычайно	Отказ	Не знаю
1	Повторяющиеся тревожные и нежелательные воспоминания о стрессовом событии?	0	1	2	3	4		
2	Повторяющиеся тревожные сны о стрессовом событии?	0	1	2	3	4		
3	Вы вдруг чувствовали себя или действовали так, будто стрессовое событие происходит с Вами снова (как будто Вы «снова там» и переживаете все наяву)?	0	1	2	3	4		
4	Вы сильно расстраивались, когда что-то напоминало Вам о стрессовом событии?	0	1	2	3	4		
5	У Вас возникали сильные физические ощущения, когда что-то напоминало Вам о стрессовом событии (например, сильное сердцебиение, затруднённое дыхание, потоотделение)?	0	1	2	3	4		
6	Вы старались избегать воспоминаний, мыслей или чувств, связанных со стрессовым событием?	0	1	2	3	4		
7	Вы избегали внешних напоминаний о стрессовом событии (например, людей, мест, разговоров, действий, предметов или ситуаций)?	0	1	2	3	4		
8	Вам было трудно вспомнить важные эпизоды стрессового события?	0	1	2	3	4		
9	Вы резко отрицательно относились к себе, другим людям или миру в целом (например, у Вас были такие мысли: я	0	1	2	3	4		

№	За прошлый месяц, как сильно вас беспокоило следующее:	Нисколько	Немного	Умеренно	Довольно сильно	Чрезвычайно	Отказ	Не знаю
	плохой, со мной что-то серьёзно не так, никому нельзя верить, всюду опасность)?							
10	Вы винили себя или кого-то другого за стрессовое событие или то, что произошло после него?	0	1	2	3	4		
11	У Вас были резко негативные чувства, такие как страх, ужас, гнев, чувство вины или стыда (по отношению к себе или другим)?	0	1	2	3	4		
12	Вы теряли интерес к тем занятиям, которые раньше приносили Вам удовольствие?	0	1	2	3	4		
13	Чувствовали отчуждённость, стену между собой и другими людьми?	0	1	2	3	4		
14	Вам было трудно переживать положительные эмоции (например, радоваться за своих близких, испытывать к ним любовь)?	0	1	2	3	4		
15	Раздражённое поведение, вспышки гнева, агрессивные действия (у Вас самих)?	0	1	2	3	4		
16	Часто рисковали или делали вещи, которые могли причинить Вам вред?	0	1	2	3	4		
17	Находились в состоянии «чрезмерной настороженности»,	0	1	2	3	4		

№	За прошлый месяц, как сильно вас беспокоило следующее:	Нисколько	Немного	Умеренно	Довольно сильно	Чрезвычайно	Отказ	Не знаю
	бдительности, напряжённого ожидания?							
18	Были пугливы, нервно вздрагивали?	0	1	2	3	4		
19	Вам было трудно сосредоточиться?	0	1	2	3	4		
20	Было трудно заснуть или продолжать спать?	0	1	2	3	4		

Ключ к вопроснику PCL-5 по кластерам PTSD (DSM- V):

Вопросы 1, 2, 3, 4, 5 – относится к кластеру В

Вопросы 6, 7 – относится к кластеру С

Вопросы 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 – относится к кластеру D

Вопросы 15, 16, 17, 18, 19, 20 – относится к кластеру E

Подозрение на наличие травмы указывает оценка каждого утверждения в 2 балла и более.

Общая сумма 33 балла и более указывает на возможность наличия клинической травмы и требует проведения дополнительной оценки для подтверждения диагноза PTSD (клиническая оценка с помощью CAPS-5).

Опросник PCL-5 чувствительная шкала и необходимый инструмент для отслеживания динамики восстановления от психотравмы.

Приложение 3. Бланк Информированного согласия на проведение экспертизы.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ
ПОДЭКСПЕРТНОГО НА ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОЙ, ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ,
КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗ № _____**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью) года рождения, проживающий(ая) по адресу:

- Получил(а) полные и всесторонние разъяснения о цели и особенности экспертизы в случаях насилия;
- Я ознакомлен(а) о потенциальных выгодах, рисках и возможных ограничениях на конфиденциальность;
- Я извещен(а) о праве на обращение с заявлением в правоохранительные органы;
- Я проинформирован(а) о том, каким образом будут использоваться, храниться сведения, полученные в ходе экспертизы, и кто будет иметь к ним доступ;
- Я поставлена(а) в известность о праве на проведение судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз, в том числе у негосударственных экспертов/ организаций;
- Мне сообщено о праве отказаться от медицинского осмотра, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно _____

мне (представляемому) даю своё согласие / не даю своего согласие на проведение судебно-медицинской, психиатрической комплексной психолого-психиатрической экспертиз(ы) (нужное подчеркнуть)

«__» _____ 20__ года

Подпись подэкспертного / законного представителя _____

Расписался в моём присутствии
Информированное согласие не получено, поясните: _____

Эксперт _____ Подпись _____

Приложение 4. Форма заключения судебной психиатрической и комплексной психолого-психиатрической экспертизы жертв предполагаемых пыток, жестокого обращения и насилия.

1. Форму заключения следует использовать психиатрам, выступающим в качестве судебных экспертов при проведении судебной психиатрической, психолого-психиатрической экспертизы (далее экспертиза) жертв, предполагаемого насилия/пыток и жестокого обращения (далее насилие).
2. До проведения экспертизы необходимо получение информированного согласия обследуемого лица (далее подэкспертного) или его законного представителя.
3. Экспертиза должна проводиться в условиях безопасности и конфиденциальности для подэкспертного. Никаким третьим сторонам (следователи, прокуроры, судьи и др.) не следует присутствовать при проведении экспертизы.
4. При наличии физических и психических симптомов характерных для пыток, эксперт должен спросить о возможных пытках, в том числе сексуальном насилии и документировать соответствующие доказательства. Эксперт обязан сообщить о пытках в органы прокуратуры.
5. Игнорирование, введение в заблуждение и/или фальсификация медицинских доказательств при проведении экспертизы со стороны эксперта влекут установленную законом ответственность.
6. При проведении экспертизы эксперт обязан: а. Рекомендовать проведение комплексной экспертизы, с оценкой физических доказательств предполагаемого насилия; б. В случае необходимости направить подэкспертного на дальнейшее обследование, лечение, реабилитацию и др.
7. Форма заключения выдается должностному лицу, ответственному за расследование, в установленном законом порядке.
8. Подэкспертный / законный представитель могут ознакомиться с заключением или получить копию у должностного лица, ответственного за расследование случая насилия.

I. Общая информация

Организация и адрес: _____

Экспертиза начата: Дата: _____ Время: _____

Место: _____

Экспертиза окончена: Дата: _____ Время: _____

Место: _____ ФИО подэкспертного: _____

Документ, удостоверяющий личность подэкспертного (название и номер документа): _____

Пол: ☐ Муж. ☐ Жен. Возраст: _____ Дата рождения (день/месяц/год): ____/____/____

Информированное согласие получено: ☐ Да ☐ Нет

Основание для проведения экспертизы: _____

Дата назначения экспертизы: _____

Лицо, назначившее экспертизу: ФИО: _____

Документ, удостоверяющий личность (название и номер документа): _____

Место работы: _____ Должность: _____

Подэкспертный лишён свободы/ограничен в свободе: ☐ Нет

☐ Да (уточните) _____

Сведения об эксперте:

ФИО: _____ Документ, удостоверяющий личность (название и номер документа): _____

Место работы: _____ Должность: _____

Образование: _____ Специальность: _____

Стаж работы: _____ Квалификационная категория: _____

Учёная степень/звание: _____

Опыт документирования случаев насилия/пытток и жестокого обращения: ☐ Да ☐ Нет

Предупреждён: _____

ФИО эксперта Подпись эксперта

Переводчик предоставлен: ☐ Да ☐ Нет

Документ, удостоверяющий личность (название и номер доку-
мента): _____

Сотрудники правоохранительных органов/другие лица присутствовали при экспертизе: ☐ Да ☐ Нет

№	Имя	Должность/место работы	Документ, удостоверяющий личность (название, номер)	Был предупреждён о необходимости покинуть помещение во время проведения экспертизы
1		/		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2		/		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3		/		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Действия подэкспертного ограничены (уточните): ☐ Да

Отсутствие конфиденциальности (уточните): ☐ Да

Другое (уточните): ☐ Да

В заключении (уточните): ☐ Да

Государственное учреждение (уточните): ☐ Да

Общественное место (уточните): ☐ Да

Другое (уточните): ☐ Да

115

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Материалы и методы исследования: _____

II. Анамнестические сведения.

Психосоциальный анамнез до предполагаемого насилия:

Семейное положение: _____

Дети (количество и возраст): _____

Образование: _____

Род занятий: _____

Вероисповедание: _____

Национальность / этническая группа: _____

Особенности развития (раннее детство, школа, работа и тд): _____

Перенесённые травмы (насилие в детском возрасте, участие в военных действиях, домашнее насилие, утраты, др.):

Особенности поведения и реагирования на перенесённые травмы: _____

Отношения в семье: _____

Социальная активность, политические взгляды/деятельность: _____

Интересы/увлечения: _____

Планы на будущее: _____

Другое: _____

Перенесённые психические заболевания (характер заболевания, лечение и пр.) и наследственность: _____

В анамнезе перенесённые психические заболевания: ☐ Да
☐ Нет (уточните) _____

Наследственностьотягощена психическими заболеваниями:
☐ Да ☐ Нет (уточните) _____

Результаты ранее проведённого психологического и/или психиатрического обследования (перечислите выявленные изменения и расстройства): ☐ Да ☐ Нет _____

Перенесённые другие заболевания (характер заболевания, лечение и др.) и наследственность: _____

Перенесённые травмы головы и их последствия:

Употребление/зависимость от психоактивных веществ (давность, характер употребления, ранее проведённое лечение):

Табак: _____

Алкоголь: _____

Наркотики: _____

Другое: _____

Данные из предоставленных медицинских документов, судебных медицинских, психологических и/или психиатрических заключений: _____

III. Сведения о заявленном насилии

Время, прошедшее с момента предполагаемого насилия до проведения экспертизы: _____ (часы)
_____ (дни)

Обстоятельства предшествовавшие насилию (т.е. дискриминация, пренебрежение, угрозы в отношении предполагаемой жертвы/членов семьи/друзей, членство в определённой социальной/политической группе и др.): _____

Описание обстоятельств лишения/ограничения свободы (с указанием места, времени и др. деталей): _____

Описание предполагаемого насилия (подробное перечисление и детальное описание методов насилия): _____

Сообщено о сексуальном насилии: ☐ Да (Опишите детали выше) ☐ Нет

Если «Нет», задайте следующий вопрос: «Иногда люди, которые сообщают о случаях насилия, были подвержены и сексуальному насилию. Случилось ли это с вами?» ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», запишите утверждения подэкспертного и рекомендуйте направить его на судебно-медицинскую экспертизу.

Информация о предполагаемом насилии и правонарушителях:

Дата (дата/месяц/год)	Место	Предполагаемое насилие	Предполагаемый правонарушитель(и) (имя, должность, место работы, отношение к подэкспертному)
1.			
2.			
3.			
4.			

Помощь, оказанная подэкспертному после предполагаемого насилия (правовая, медицинская: направление / лечение / реабилитация): _____

IV. Обследование (оценка физического, неврологического, психического и психологического состояния; психосоциальный анамнез после насилия)

Физическое состояние (с описанием физических симптомов насилия): _____

Неврологическое состояние: _____

Психические расстройства и/или другие нарушения, включая употребление/зависимость от психоактивных веществ, возникшие после насилия (появление и развитие симптомов, факторы способствующие обострению или редукции симптомов) _____

Психическое состояние: Внешний вид: _____

Отношение к обследованию и поведение в ситуации обследования: _____

Сознание: _____

Внимание: _____

Восприятие: _____

Мышление и речь: _____

Эмоциональные реакции и настроение: _____

Память: _____

Интеллект: _____

Результаты психологического обследования/тестирования (результаты каждого психологического теста):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Психосоциальный анамнез после предполагаемого насилия:

Как перенесенное насилие повлияло на следующие сферы жизни подэкспертного:

Семья и отношения в социуме: _____

Образование/работа: _____

Финансовое положение: _____

Политические взгляды/деятельность: _____

Вероисповедание: _____

Планы на будущее: _____

Другое: _____

Заключение по социальному функционированию: _____

Длительность обследования: часов: _____ минут:

V. Обоснование диагноза и выводы

Обоснование диагноза/диагнозов: _____

Выводы:

I. Ответы на вопросы, поставленные на разрешение экспертизы:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

II. Установление связи между психическими нарушениями и предполагаемым насилием, а также установление степени соответствия данных психического обследования сообщению о предполагаемом насилии:

1) Выводы о психическом состоянии интерпретируются в соответствии с классификацией:

I. Не соответствует: нарушение не могло быть вызвано описанной травмой;

II. Соответствует: нарушение могло быть вызвано описанной травмой, но оно не конкретное и есть много других возможных причин;

III. Высоко соответствует: нарушение могло быть вызвано описанной травмой, и есть несколько других возможных причин;

IV. Практически диагностируется: нарушение не могло быть вызвано другим способом, кроме того, что описан.

2) Оцените, что полученные психические данные являются ожидаемыми и типичными в ситуации экстремального стресса в контексте культурной и социальной среды обследуемого лица.

3) Перечислите возможные причины появления психических нарушений.

4) Оцените динамику развития психических симптомов под влиянием других значимых событий.

5) Оцените, что данные психиатрического обследования согласуются с заявленными переживаниями подэкспертного.

III. Соответствия между всеми источниками данных (физические, неврологические и психические нарушения, анамнестические сведения, знание методов пыток, жестокого обращения и насилия, применяемых в данном регионе, др. материалы) и заявлениями о насилии:

1) «Основываясь на моей квалификации, знаниях и опыте, по моему мнению, утверждения подэкспертного о насилии

I. Не соответствует: ☐ Да

II. Соответствует: ☐ Да

III. Высоко соответствует: ☐ Да

IV. Практически диагностируется: ☐ Да

результатам обследования».

Дополнительные пояснения результатов обследования: _____

VI. Рекомендации

Подэкспертному рекомендовано обследование / лечение / реабилитация / экспертиза:

1. _____

☐ Да ☐ Нет

2. _____

☐ Да ☐ Нет

3. _____

☐ Да ☐ Нет

Подэкспертный нуждается в обследовании / лечении / реабилитации / экспертизе следующих проблем:

1. _____

☐ Да ☐ Нет

2. _____

☐ Да ☐ Нет

3. _____

☐ Да ☐ Нет

ФИО эксперта (печатными буквами)

Подпись эксперта

Дата

Приложение 5. Инструкция по заполнению формы заключения судебной психиатрической, комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

1. Форма заключения используется при формировании заключения судебной психиатрической, комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Рекомендуется, чтобы заключение минимально состояло из следующих шести разделов:

- a. Общая информация;
- b. Анамнестические сведения;
- c. Сведения о заявленном насилии;
- d. Обследование;
- e. Обоснование диагноза/диагнозов и выводы;
- f. Рекомендации.

2. До проведения исследования эксперту следует получить добровольное и осознанное согласие или отказ подэкспертного или его законного представителя на проведение экспертизы. Эксперт разъясняет цели и особенности экспертизы, информирует о потенциальных выгодах и рисках, а также возможных ограничениях на конфиденциальность. В результате информирования, подэкспертный/законный представитель должны понимать, каким образом будут использованы медицинские данные, полученные в ходе экспертизы, как они будут храниться, и кто будет иметь к ним доступ. А также эксперт сообщает подэкспертному/законному представителю о праве на проведение экспертизы негосударственными экспертами.

3. Информированное согласие или информированный отказ на проведение экспертизы оформляется в виде отдельного бланка. В случае получения информированного согласия эксперт приступает к проведению исследования. В случае же информированного отказа, эксперт не проводит экспертизу и составляет Акт о невозможности дать заключение по причине отказа подэкспертного.

4. В разделе «Общая информация» должна быть отражена следующая информация:

- a. Место, время проведения экспертизы;
- b. ФИО, возраст, пол подэкспертного;

- с. Информированное согласие/отказ;
 - d. Основание для проведения экспертизы;
 - e. Сведения о лице, назначившим экспертизу;
 - f. Сведения об эксперте;
 - g. Отметка, о том, что эксперт предупреждён об уголовной ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения, или за дачу заведомо ложного заключения;
 - h. Потребность подэкспертного в переводчике, обеспеченность переводчиком;
 - i. Лица, присутствующие при экспертизе и ограничения при её проведении;
 - j. Вопросы, поставленные перед экспертом;
 - k. Материалы и методы исследования.
5. Во втором разделе заключения должны быть отражены анамнестические сведения, включающие следующее:
- a. Оценка психосоциального анамнеза до предполагаемого насилия;
 - b. Наследственность и перенесённые психические расстройства;
 - с. Наследственность и перенесённые другие заболевания;
 - d. Данные из предоставленной медицинской документации, судебных медицинских, психолого-психиатрических заключений.
6. В разделе сведений о заявленном насилии необходимо максимально полно, подробно описать все детали происшедшего, включая случаи сексуального насилия. Посредством открытых вопросов, заданных в хронологической последовательности необходимо отразить следующее:
- a. Обстоятельства, предшествовавшие насилию;
 - b. Описание предполагаемого насилия с использованием приложения, где представлен обзор методов насилия/пыток и жестокого обращения. Представленный обзор методов пыток, жестокого обращения и насилия является не исчерпывающим;
 - с. Информация о предполагаемом насилии и правонарушениях;
 - d. Виды помощи, оказанной непосредственно после предполагаемого насилия.

7. Далее проводится рутинное клиническое обследование подэкспертного, с оценкой его физического, неврологического, психического состояния. А также проводится психологическое обследование и оценка психосоциального функционирования после заявленного насилия. В данном разделе формируется заключение по психосоциальному функционированию, отражающее изменения произошедшие после насилия.

8. Раздел обоснование диагноза и выводы является частью заключения, в котором приводится обоснование выставленного диагноза с перечислением клинических фактов (доказательств) выявленных психических расстройств. Раздел включает ответы на вопросы, поставленные перед экспертом. Так же в данном разделе устанавливается связь между психическим нарушением и предполагаемым насилием, а также устанавливается степень соответствия данных психического обследования сообщению о предполагаемом насилии. Дается оценка того, являются ли полученные психические данные ожидаемыми или типичными реакциями на экстремальный стресс в контексте культурной и социальной среды подэкспертного. Указывается фактическое состояние подэкспертного по отношению к динамике психического расстройства. Устанавливаются параллельно существующие факторы стресса, воздействующие на подэкспертного (продолжающееся преследование, вынуждена миграция, потеря семьи, утрата социальной роли и т.п.) и оказывающие влияние на его психическое состояние. В завершении устанавливается соответствие между всеми источниками данных (физические, неврологические и психические нарушения, анамнестические сведения, знание методов пыток, жестокого обращения и насилия, применяемых в данном регионе, др. материалы) и заявлениями о насилии в соответствии с классификацией, установленной Стамбульским Протоколом:

а. Не соответствует: нарушения не могли быть вызваны описанной травмой;

б. Соответствует: нарушения могли быть вызваны описанной травмой, но есть много других возможных причин;

с. Высоко соответствует: нарушения могли быть вызваны описанной травмой, и есть несколько других возможных причин;

d. Практически диагностируется: нарушения не могли быть вызваны другим способом, кроме того, что заявлен.

9. В последнем разделе эксперту необходимо рекомендовать дальнейшее обследование, лечение, реабилитацию или проведение другой экспертизы и т.п.

10. Заключение подписывается экспертом.

Литература

1. Австралийское психологическое общество и Австралийское общество Красного Креста (2011). Первая психологическая помощь. Руководство для Австралии. Melbourne, Carlton.
2. Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми. Руководство для участников. Душанбе, 2015 г.
3. Агазаде Н. Психосоциальная помощь жертвам торговли людьми // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.- 2016.- №3(38) [Электронный ресурс].- URL: Доступно на сайте: <http://mprj.ru> (дата обращения: 28.07.2020). УДК 159.9:616.89
4. Американская психиатрическая ассоциация, (2013). Диагностический и статистический справочник по психическим расстройствам, 5-е издание (DSM- V). Доступно на сайте: https://conmed.ru/magazines/vsemirnaya_psikhiatriya/vsemirnaya_psikhiatriya-02_2013/dsm_5_klassifikatsiya_i_izmeneniya_kriteriev/
5. Бенджамин Колодзин. Как жить после психической травмы. Психотерапия, Б.Д. Карвасарский, Москва, «Медицина», 1985.
6. Брайант Р.А. (2011). «Острое стрессовое расстройство как предвестник посттравматического стрессового расстройства: систематический обзор». Журнал клинической психиатрии 72, 233-239.
7. Буэлл, Дженет (2006). Пособие по первой эмоциональной помощи. ISBN-10: 1929830157, USA.
8. Всемирная организация здравоохранения, Фонд помощи жертвам военных травм и World Vision International (2011). Первая психологическая помощь: Руководство для полевых работников. ВОЗ: Женева.
9. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия.- М.: «ИМЕДИС», 1998.
10. Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принята резолюцией 39/46 Генеральной Ассамблеи

от 10 декабря 1984 года. Доступно на сайте: <http://www.prokuratura.tj/images/files/2015/mejdunarodnoe-sotrudnichestvo/konvenciya-protiv-pytok-i-drugih-zhestokih-beschelovechnyh-ili-unizhayuih-dostoinstvo-vidov-obraeniya-i-nakazaniya.pdf>

11. Лернер, Марк Д. и Шелтон, Р.Д. (2005). Комплексное ведение острого травматического стресса. Commack, New York: Американская академия экспертов в области травматического стресса.
12. Миллер В.Р. (2003). Психотерапия, усиливающая мотивацию: описание подхода к консультированию. Bethesda, MD: Национальный институт по борьбе с наркоманией. Доступно на сайте: <http://www.nida.nih.gov/adac/ADAC9.html>
13. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Приняты на первом Конгрессе Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году, и одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 С (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года; Доступно на сайте: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prison.shtml
14. Отто, М. В., Смитс, Дж. А. Дж., и Риз, Х.Е. (2004). «Когнитивно-поведенческая терапия для лечения тревожных расстройств». Журнал клинической психиатрии, 65 (Дополнение 5), 34-41.
15. МКБ 10, доступно на сайте: <http://mkb-10.com/index.php?pid=21089>
16. Общественное здравоохранение и насилие - факты и тенденции в Европе, Копенгаген, 3 октября, факты и цифры 10/02, 2002, Данные взяты из Всемирного доклада ВОЗ о насилии и здоровье (World report on violence and health). Доступно на сайте: (http://www.who.int/violence_injury_prevention);
17. Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также

их близких и родственников. Москва, 2010. Доступно на сайте:

<http://stoptorture.humanrightsembassy.org/attachments/article/138/%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%BC%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%9F%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87.%20%D0%A0%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8%20%D0%B6%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B2%20%D0%BF%D1%8B%D1%82%D0%BE%D0%BA,%20%D0%BD%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%89%D0%B>

18. Пытки. Психические и Физические последствия пыток; Принципы составления медицинских заключений. Лечение и реабилитация. Международные стандарты врачебной этики и Международные стандарты медицинского обслуживания в тюрьмах. Тбилиси, 2010. Доступно на сайте: [http://empathy.ge/wp-content/uploads/2014/12/Medical Manual RUSSIAN-VERSION 2010.pdf](http://empathy.ge/wp-content/uploads/2014/12/Medical_Manual_RUSSIAN-VERSION_2010.pdf)
19. Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульский протокол), 9 августа 1999. Доступно на сайте: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1ru.pdf>;
20. Руководящие принципы для врачей, касающиеся пыток и других жестоких бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в связи с задержанием и тюремным заключением (Токийская декларация 1975 г.); Доступно на сайте: <https://studopedia.org/9-163175.html>
21. Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме. Принят резолюцией 43/173 Генеральной Ассамблеи ООН от 9 де-

- кабря 1988 года. Доступно на сайте: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/detent.shtml;
22. Модель экстренной психологической помощи - Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ. Доступно на сайте: https://psyjournals.ru/cepp/issue/45300_full.shtml
 23. Факультативный протокол к Конвенции против пыток и других жестоких бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принят резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/57/199 от 18 декабря 2002 г., Доступно на сайте: <http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx>;
 23. Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Практическое руководство для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики. Бишкек 2014. Доступно на сайте: <https://old.kgma.kg/pdf%20files/%D0%9A%D0%A0%D0%A0%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%B%D0%B8%D1%8F.pdf>
 24. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, 4th ed. (Washington, D.C., 1994).
 25. Amnesty International, Amnesty International Report 1999 (London, AIP, 1999).
 26. Foa, E.B., & Riggs, D.S. (1995). Posttraumatic Stress Disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. Current Directions in Psychological Science.
 27. M. Basoglu, "Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach", The Journal of the American Medical Association (JAMA), 270 1993:606-611.

28. P.J. Farias, "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol.15 (1991), pp.167-192.
29. B.K. Jordan and others, "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", *Archives of General Psychiatry*, vol.48, No3, (1991) pp.207-215.
30. V. Iacopino, "Treatment of survivors of political torture: commentary", *The Journal of Ambulatory Care Management*, 21(2) 1998:5-13.
31. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders* (Geneva, 1994).
32. <http://www.hbclub.ru/service/oshomeditaciya/http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1ru.pdf>
33. <http://p112.spb.ru/2-uncategorised/229-posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstrojstvo.html>
34. <https://hurma.work/ru/blog/pravila-relaksaczii-effektivnye-tehniki-i-sposoby-snyat-stress/>
35. <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye Printsipy-okazaniya-mediko-psihologicheskoy-pomoschi-zhertvam-nasiliya>
36. <https://psy.su/feed/2307/>